

RISERVATO ALL'ORDINE DEI MEDICI e ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI:

Sulla richiesta si esprime parere _____ per il seguente motivo:

data _____ IL PRESIDENTE _____

(Si prega di esprimere un parere autonomo e circostanziato basato sugli elementi di conoscenza diretta del caso)

DOCUMENTI DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA:

1. Copia documento d'identità;

AVVERTENZE

1. Compilare il modulo in ogni sua parte. Precisare il tipo di attività libero-professionale svolta dal medico (ad esempio odontoiatra, pediatra, ecc...);
2. L'indicazione del codice fiscale è obbligatoria per legge. L'Ente non potrà procedere alla liquidazione del trattamento senza tale dato;
3. Nel caso in cui, all'atto della presentazione della domanda, il sanitario sia ancora impossibilitato a riprendere l'attività professionale, potrà ripetere la richiesta per il restante periodo, fino ad un massimo di dodici mesi a partire dal giorno di sospensione;
4. La domanda, compilata e corredata della prescritta documentazione, dovrà essere trasmessa all'Enpam, esclusivamente attraverso l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia dove il Sanitario risulta iscritto.