

- **Fondo di previdenza generale - Quota A**
- **Liberi professionisti - Quota B**
- **Medici di medicina generale**
- **Pediatri di libera scelta**
- **Addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale**
- **Specialisti ambulatoriali**
- **Medici fiscali**
- **Medici della medicina dei servizi**
- **Specialisti esterni**

Istruzioni per la domanda di pensione al coniuge dell'iscritto/a deceduto/a

Questa pensione spetta al coniuge quando muore l'iscritto/a pensionato/a (**pensione di reversibilità**) oppure l'iscritto/a non ancora pensionato/a (**pensione indiretta**)

1. Chi ha diritto alla pensione?

I principali beneficiari sono:

- **il coniuge;**
- **il coniuge separato** (se la separazione è avvenuta con addebito a suo carico, deve essere titolare dell'assegno alimentare)
- **il coniuge divorziato** se titolare dell'assegno di mantenimento e non si è risposato (se concorre con il coniuge deve rivolgersi al tribunale per la determinazione della quota di pensione che gli/le spetta);
- **i figli** (fino a **21 anni**, oppure fino a **26** se studenti; **oltre** queste età se riconosciuti inabili a qualsiasi lavoro proficuo in modo assoluto e permanente e a carico del medico/odontoiatra);
- **i minori regolarmente affidati** a norma di legge (fino a **21 anni**, oppure fino a **26** se studenti; **oltre** queste età se riconosciuti inabili a qualsiasi lavoro proficuo in modo assoluto e permanente e a carico del medico/odontoiatra);
- **i nipoti** che vivono a carico del/la nonno/a medico/odontoiatra (fino a **21 anni**, oppure fino a **26** se studenti; **oltre** queste età se riconosciuti inabili e a carico del medico/odontoiatra).

In assenza dei beneficiari sopra indicati **la pensione va ai genitori solo se sono a carico del medico/odontoiatra al momento del decesso**. In mancanza anche dei genitori la pensione va ai fratelli e alle sorelle solo se sono totalmente inabili in modo assoluto e permanente a qualsiasi lavoro proficuo e a carico del medico/odontoiatra al momento del decesso.

Familiari minorenni

La domanda di pensione deve essere presentata da chi esercita la potestà genitoriale o, in sua assenza, dal tutore legale. **Questo modulo** va dunque **compilato solo dal coniuge, per sé** ed eventualmente **per i figli minori** (figli legittimi, figli naturali, adottati e affidati) e nipoti a carico. Gli orfani/nipoti maggiorenni devono compilare il modulo specifico che trovano nella sezione del Fondo di previdenza generale.

2. Come si presenta la domanda?

- Si può inviare per **posta** o per **pec** (*scegliere solo uno di questi modi*) a:
Fondazione Enpam
Servizio Prestazioni
P.zza Vittorio Emanuele II, n° 78
00185 – Roma
Per **pec** a: protocollo@pec.enpam.it

In questo caso è necessario allegare la **fotocopia del documento di identità**.

- Si può consegnare all' Enpam - Ufficio Accoglienza e relazioni con il pubblico, piano terra.
Orari: lunedì – giovedì: 9,00-13,00; 14,30-17,00; venerdì: 9,00-13,00.
In questo caso il modulo deve essere **firmato alla presenza** di un funzionario dell'Enpam.

3. **Documenti necessari** per il pagamento della pensione, **da presentare sempre**

- certificato di morte
- certificato di causa di morte (*solo se la morte è avvenuta per Covid-19*)
- certificato di prima iscrizione all'Ordine (*solo per i medici deceduti non pensionati*);
- dichiarazione per il diritto alle detrazioni d'imposta;
- certificato di trascrizione nel registro italiano di stato civile per i matrimoni contratti all'estero;
- sentenza conforme all'originale in caso di separazione;
- sentenza conforme all'originale in caso di divorzio;
- copia del provvedimento di conferimento della tutela o dell'amministrazione di sostegno se la domanda viene presentata dal tutore o dall'amministratore di sostegno.

4. **Ulteriori documenti necessari solo per la domanda di pensione indiretta** (iscritto/a non pensionato/a deceduto/a) a carico del **Fondo della Medicina Convenzionata e Accreditata** (*medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, addetti alla continuità assistenziale e al l'emergenza territoriale, medici fiscali, specialisti ambulatoriali, medici della medicina di servizi, specialisti esterni*)

Per legge¹ i documenti indispensabili per pagare la pensione sono acquisiti d'ufficio dall'Enpam. Chi presenta la domanda, dal canto suo, è tenuto a indicare l'ufficio e la struttura (Comitato zonale, Asl/Ente) a cui l'Enpam dovrà rivolgersi per reperire i dati necessari. **In alternativa l'interessato/a può presentare una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà. In questo modo si riducono i tempi di attesa per ricevere la pensione.** I modelli per la dichiarazione sostitutiva si trovano su: <http://www.enpam.it/modulistica/prestazioni/fondi-speciali>

Specialisti ambulatoriali e Medici della medicina dei servizi con contratto di convenzione

Per autocertificare l'attività svolta dall'iscritto/a deceduto/a **fino al 31 dicembre 2012** vi consigliamo di farvi rilasciare un certificato storico di servizio ad uso privato, con tutti i dati richiesti nella dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, e di ricopiarli fedelmente sul modello della dichiarazione sostitutiva. Le informazioni necessarie per determinare l'importo della pensione maturata fino a questa data, infatti, sono molto dettagliate e piuttosto difficili da ricostruire con precisione.

Medici della medicina dei servizi con contratto di convenzione

È necessario **allegare anche un cedolino** dei compensi per ogni anno dal 2008 al 2012.

Per il **pagamento della pensione di reversibilità** (iscritto/a pensionato/a deceduto/a) non occorre presentare alcun certificato di servizio.

1. Articolo 46, Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.

- **Fondo di previdenza generale - Quota A**
- **Liberi professionisti - Quota B**
- **Medici di medicina generale**
- **Pediatri di libera scelta**
- **Addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale**
- **Specialisti ambulatoriali**
- **Medici fiscali**
- **Medici della medicina dei servizi**
- **Specialisti esterni**

Spazio riservato all'ENPAM protocollo

MOD .PENS.VED.

Domanda di pensione per il coniuge del medico/odontoiatra deceduto/a

Dati del coniuge (non del medico/odontoiatra deceduto/a)

Nome _____ Cognome _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Fiscale

Data di nascita ___/___/___ a _____ prov. _____ residente a _____

prov. _____ indirizzo _____ cap. _____ tel. _____ cell. _____

Email _____ PEC _____

Domicilio fiscale (da indicare solo se diverso dalla residenza) a _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____ Cap _____

Come

- coniuge
 separato/a
 divorziato/a
 con assegno di mantenimento
 senza assegno di mantenimento per se stesso/a

Consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sono previste la perdita dei benefici conseguiti e sanzioni penali (articoli 75,76 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

Dichiaro

(come previsto dagli articoli 46, 47 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

che il/la Dott./D.ssa _____(nome) _____(cognome)

nato/a il ___/___/___ a _____ prov. _____ deceduto/a il ___/___/___

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice ENPAM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Fiscale

- di essermi sposato/a con la/il D.ssa/Dott in Italia il ___/___/___ a _____ prov. _____
- di essermi sposato/a con la/il D.ssa/Dott all'estero il ___/___/___ (è **obbligatorio allegare l'atto di trascrizione in Italia**)
- di non essere separato/a legalmente o divorziato/a dall'iscritta/o deceduta/o con sentenza passata in giudicato
- di essere separato/a legalmente dall'iscritta/o deceduta/o con sentenza passata in giudicato (è **obbligatorio allegare copia conforme all'originale della sentenza**)
- di essere divorziato/a dall'iscritta/o deceduta/o con sentenza passata in giudicato e di non aver contratto un nuovo matrimonio (è **obbligatorio allegare copia conforme all'originale della sentenza**)

Dichiaro

che oltre a me hanno diritto alla pensione pagata dall'Enpam (*indicare tutti familiari a cui spetta la pensione compreso l'eventuale coniuge separato/a o divorziato/a*):

Nome/cognome	Tipo di parentela*	Luogo di Nascita	Data	Codice fiscale

- di aver presentato domanda di pensione a carico di un altro Ente previdenziale (*indicare l'Ente previdenziale*)

_____ il ___/___/___

- di essere titolare di altra pensione presso _____
d'importo pari ad euro _____

- di non essere titolare o di non aver presentato domanda di pensione a carico di un altro Ente previdenziale

SOLO IN CASO DI DECESSO PER COVID-19 DEL MEDICO/ODONTOIATRA IN ATTIVITÀ

Dichiaro

- che il/la Dott/D.ssa/ _____ è deceduto/a in conseguenza del contagio da Covid-19 (è **obbligatorio allegare copia conforme all'originale della certificazione rilasciata dal medico competente che constata il decesso**)

dichiaro di aver preso visione dell'informativa sulla privacy allegata.

luogo e data _____ Firma (del dichiarante) _____

*Attenzione: Si intende il grado di parentela rispetto all'iscritto deceduto (coniuge, coniuge separato, divorziato, figlio/a, nipote, genitore, fratello/sorella). Indicare i figli e i nipoti oltre i 26 anni, i fratelli e le sorelle solo se inabili a qualsiasi lavoro proficuo.

Allego

- certificato di morte
- certificato di causa di morte (solo se la morte è avvenuta per Covid-19)
- certificato di prima iscrizione all'Ordine
- certificato di trascrizione nel registro dello stato civile italiano del matrimonio contratto all'estero
- certificato del Comune che attesta la trascrizione dell'unione civile
- copia conforme all'originale della sentenza di separazione o di divorzio
- copia del provvedimento di conferimento della tutela o dell'amministrazione di sostegno
- copia del provvedimento di pensione con indicazione dell'importo della prestazione riconosciuta (solo per chi è titolare ha presentato domanda di pensione indiretta o di reversibilità a carico di altri enti obbligatori)
- copia del documento d'identità (solo se la domanda è inviata per posta o per fax)

Chiedo

per me e per i figli e/o nipoti minori, la pensione indiretta o di reversibilità a carico dei Fondi di previdenza dell'Enpam con accredito sul conto corrente bancario o sul conto corrente postale **a me intestato** (ATTENZIONE: la pensione può essere accreditata solo sul conto corrente intestato al beneficiario; non si accettano libretti postali di risparmio anche se forniti di IBAN)

ISTITUTO BANCARIO O POSTALE _____

FILIALE/AGENZIA N° _____ DI _____ (località)

Codice	CIN	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO
Nazione	internz				
IBAN:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC/SWIFT:	<input type="text"/>				(per pagamenti internazionali)

Cointestatario (*nome*) _____ (cognome) _____

Come coniuge mi impegno a restituire i ratei di pensione arretrati che spettano al coniuge divorziato secondo quanto ha stabilito il giudice

luogo e data _____

Firma (del dichiarante) _____

Parte riservata all'ufficio

dichiarazione consegnata il __ / __ / _____

(firma per esteso del funzionario dell'Enpam)

(art. 38, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

La parte che segue va compilata solo se il medico era iscritto anche al Fondo della Medicina Convenzionata e Accreditata

Dichiaro

(come previsto dell'articolo 47 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

che il/la Dott./D.ssa _____ nato/a il ___/___/___

a _____ prov. _____ deceduto il ___/___/___

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice ENPAM

era titolare di pensione a carico del Fondo della Medicina Convenzionata e Accreditata come:

- medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, addetto/a alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale
- medico fiscale
- specialista ambulatoriale, medico della medicina dei servizi
- specialista esterno

La parte che segue deve essere compilata solo dai familiari del medico/odontoiatra che al momento del decesso non era pensionato/a a carico dei fondi sotto indicati (per la pensione indiretta):

Dichiaro

che il/la Dott./D.ssa _____ svolgeva attività professionale

come _____

Attenzione: specificare per ogni Gestione Enpam (1, 2, 3) la data di cessazione dell'ultima attività professionale svolta dall'iscritto/a deceduto/a (per conto del Servizio sanitario nazionale, e/o degli Enti non convenzionati con il Ssn, e/o degli Enti mutualistici soppressi). Se l'iscritto era attivo indicare nella "data di cessazione" quella del decesso.

1 GESTIONE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

ultima attività svolta (a cui si riferisce la data di cessazione):

- medico di medicina generale
- pediatra di libera scelta (indicare la data di inizio dell'attività professionale se successiva al 1° gennaio 2008: ___/___/___)
- addetto/a alla continuità assistenziale
- con contratto di convenzione
- con contratto di dipendenza
- addetto/a all'emergenza territoriale
- con contratto di convenzione
- con contratto di dipendenza

data di cessazione ___/___/___

- medico fiscale

data di cessazione ___/___/___

2 GESTIONE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI

ultima attività svolta (a cui si riferisce la data di cessazione):

- specialista ambulatoriale
- con contratto di convenzione
 - con contratto di dipendenza
- medico della medicina servizi
- con contratto di convenzione
 - con contratto di dipendenza

data di cessazione ____/____/____

3 GESTIONE DEGLI SPECIALISTI ESTERNI

ultima attività svolta (a cui si riferisce la data di cessazione):

- specialista esterno

data di cessazione ____/____/____

per l'attività svolta fino al 31 dicembre 2012 specificare se

- a prestazione
- a visita

In questa parte vi chiediamo di specificare se preferite che sia l'Enpam ad acquisire d'ufficio i certificati necessari per chiudere la pratica, oppure se scegliete di presentare una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (vedi il punto 5 della pagina delle istruzioni)

chiedo l'acquisizione d'ufficio dei documenti presso

(Attenzione: nel caso facciate questa scelta la pensione potrà essere liquidata solo quando il comitato zonale/Asl/Ente ci avrà inviato tutti i dati necessari)

Comitato zonale/Asl/Ente _____

Ufficio (indicare il nome del servizio) _____

Telefono _____ Fax _____ Email _____

indirizzo _____ Cap _____ Prov. _____

oppure

allego la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (se l'iscritto/a deceduto/a ha lavorato come specialista ambulatoriale o medico della medicina dei servizi, con contratto di convenzione, per autocertificare l'attività svolta fino al 31 dicembre 2012 vi consigliamo di farvi rilasciare un certificato storico di servizio ad uso privato e di ricopiare fedelmente tutti i dati sul modello che trovate alla pagina: <http://www.enpam.it/modulistica/prestazioni/fondi-speciali>)

La parte che segue va compilata solo dai familiari del medico della medicina dei servizi con contratto di convenzione:

allego n. ___ cedolini per i compensi dal _____ al _____ (per l'attività svolta dal medico deceduto dal 2008 al 2012 è necessario allegare un cedolino per ogni anno)

luogo e data _____

Firma (del dichiarante) _____

Dichiarazione per il diritto alle detrazioni d'imposta

(articoli 11, 12, e 13 del Tuir, decreto del Presidente della Repubblica 1986, n. 917 e successive modificazioni e Dpr 29 settembre 1973, n. 600)

Nome _____ Cognome _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice ENPAM Codice Fiscale

Data di nascita ___ / ___ / ___ a _____ prov. _____ Stato _____

Residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ cap. _____

tel. _____ cell. _____

Email _____ PEC _____

Consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sono previste la perdita dei benefici conseguiti e sanzioni penali (articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

Dichiaro

di aver diritto (barrare tutte le caselle e, in caso di risposta affermativa, dare tutte le informazioni richieste):

SI **NO** al beneficio delle detrazioni d'imposta per i redditi da pensione previste dall'Articolo 13 del Tuir a decorrere dal ___ / ___ / _____

SI **NO** alle detrazioni previste dall'Articolo 12 del Tuir per il coniuge a carico legalmente ed effettivamente non separato a decorrere dal ___ / ___ / _____ ;

DATI DEL CONIUGE

Nome _____ Cognome _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Data di nascita ___ / ___ / _____
Codice Fiscale

a _____ prov. _____ Stato _____

Attenzione: se avete più di quattro figli a carico potete compilare un'altra pagina come questa numerandola progressivamente in alto a destra.

SI **NO** alle detrazioni previste dall'articolo 12 del Tuir per i figli a carico, compresi i figli adottivi, gli affidati e gli affiliati che abbiano un reddito annuo (al lordo degli oneri deducibili) non superiore a 2.840,51 euro o a 4.000 nel caso di figli di età non superiore a 24 anni.

DATI DEL/I FIGLIO/I A CARICO

1. Nome _____ Cognome _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Fiscale

Data di nascita __ / __ / ____ a _____ prov. ____ Stato _____

a carico dal __ / ____ / ____ nella misura del: **100%** **50%**

Disabile Art. 3 L. 104/92 **SI** **NO**

2. Nome _____ Cognome _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Fiscale

Data di nascita __ / __ / ____ a _____ prov. ____ Stato _____

a carico dal __ / ____ / ____ nella misura del: **100%** **50%**

Disabile Art. 3 L. 104/92 **SI** **NO**

3. Nome _____ Cognome _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Fiscale

Data di nascita __ / __ / ____ a _____ prov. ____ Stato _____

a carico dal __ / ____ / ____ nella misura del: **100%** **50%**

Disabile Art. 3 L. 104/92 **SI** **NO**

4. Nome _____ Cognome _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Fiscale

Data di nascita __ / __ / ____ a _____ prov. ____ Stato _____

a carico dal __ / ____ / ____ nella misura del: **100%** **50%**

Disabile Art. 3 L. 104/92 **SI** **NO**

SI **NO** alle detrazioni in presenza di almeno 4 figli a carico, previste dall'articolo 12 del Tuir (con almeno 4 figli a carico, ai genitori è riconosciuta una detrazione ulteriore di 1.200 euro; la detrazione è ripartita nella misura del 50% tra i genitori non legalmente ed effettivamente separati)

Nella misura del: **100%** **50%**

Dichiaro

di aver preso visione dell'informativa sulla privacy allegata.

Allego una copia del documento di identità

Luogo e data _____

Firma (del dichiarante) _____

Parte riservata all'ufficio

dichiarazione consegnata il __ / __ / _____

(firma per esteso del funzionario dell'Enpam)

(art. 38, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

Informativa sul trattamento dei dati personali per le attività istituzionali previdenziali
(come previsto dagli articoli 13 e 14 del Regolamento generale sulla protezione dei dati Ue 2016/679, in breve "Rgpd", in inglese "Gdpr")

Contatti	Titolare del trattamento dei dati: Fondazione Enpam, Piazza Vittorio Emanuele II, n. 78 – 00185 Roma, email: privacy@enpam.it . Responsabile della protezione dei dati (Rpd): posta cartacea presso la sede del Titolare; email: dpo@enpam.it ; pec: dpo@pec.enpam.it .
Finalità del trattamento	<ul style="list-style-type: none"> ■ gestione del rapporto con gli iscritti; ■ obblighi previsti da leggi, dai regolamenti e dallo Statuto della Fondazione, da disposizioni di autorità e di organi di vigilanza e controllo.
Base giuridica	Adempimento di obblighi legali, esecuzione di compiti di interesse pubblico di cui è investita la Fondazione (articolo 6 paragrafo 1 lettere e) e c) Rgpd), diritti da far valere o difendere in sede giudiziaria (articolo 6 paragrafo 1 lettera f) e articolo 9 paragrafo 2 lettera f) Rgpd). Il trattamento di categorie particolari di dati è necessario per motivi di interesse pubblico (articolo 9 paragrafo 2 lettera g) Rgpd; Autorizzazione n. 3/2016 al trattamento dei dati sensibili da parte degli organismi di tipo associativo e delle fondazioni).
Fonte da cui hanno origine i dati personali	Ordini territoriali; gli iscritti dal momento in cui inizia il rapporto con la Fondazione in poi; pubblici registri.
Categorie di dati trattati	Dati comuni e categorie particolari (dati anagrafici e relativi alla situazione reddituale o lavorativa e allo stato di salute)
Periodo di conservazione	I dati vengono conservati il tempo necessario a realizzare le finalità per cui sono stati raccolti, fatta eccezione per tutti i casi in cui la legge impone che i dati devono essere conservati per un periodo più lungo
Categorie di destinatari	Persone autorizzate e designati, responsabili o altri titolari esterni (es. banche, recupero crediti); componenti degli organi statutari; enti o organismi pubblici.
I diritti degli interessati	L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli che vanno dal 15 al 21 del Rgpd usando i moduli pubblicati su www.enpam.it/privacy
Informazioni aggiuntive ed estese	Per maggiori dettagli, consultare www.enpam.it/privacy .

Informativa per i familiari

Contatti	Titolare del trattamento dei dati: Fondazione Enpam, Piazza Vittorio Emanuele II, n. 78 – 00185 Roma, email: privacy@enpam.it . Responsabile della protezione dei dati (Rpd): posta cartacea presso la sede del Titolare; email: dpo@enpam.it ; pec: dpo@pec.enpam.it .
Finalità del trattamento	Erogazione di servizi, esecuzione di prestazioni richieste da un iscritto, da un dipendente o da un collaboratore a beneficio di familiari.
Base giuridica	A seconda dei casi: <ol style="list-style-type: none"> 1. consenso al trattamento (articolo 9 paragrafo 2 lettera a) Rgpd), se si tratta di categorie particolari di dati; 2. consenso al trattamento (articolo 6 paragrafo 1 lettera a) Rgpd e articolo 9 paragrafo 2 lettera a) Rgpd) se si tratta di finalità che non rientrano in altre basi giuridiche; 3. obblighi e diritti specifici della Fondazione o degli interessati in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale (articolo 9, paragrafo 2 lettera b) Rgpd); 4. esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali (articolo 6 paragrafo 1 lettera b) Rgpd); 5. obbligo di legge (articolo 6 paragrafo 1 lettera c) Rgpd); 6. esecuzione di un compito di interesse pubblico, come nel caso di trattamenti connessi a finalità di previdenza e assistenza (articolo 6 paragrafo 1 lettera e) Rgpd e articolo 9 paragrafo 2 lettera g) Rgpd); 7. legittimo interesse dell'iscritto, del dipendente o del collaboratore che fa la richiesta (articolo 6 paragrafo 1 lettera f) Rgpd).
Fonte da cui hanno origine i dati personali	Il familiare dell'iscritto, del dipendente o del collaboratore che fa la richiesta.
Categorie di dati trattati	Dati personali comuni e categorie particolari.
Periodo di conservazione	I dati vengono conservati il tempo necessario a realizzare le finalità per cui sono stati raccolti, fatta eccezione per i casi in cui la legge impone che i dati devono essere conservati per un periodo più lungo.
Categorie di destinatari	Persone autorizzate e designati, responsabili o altri titolari esterni (es. banche, recupero crediti); componenti degli organi statutari; enti o organismi pubblici.
I diritti degli interessati	L'interessato può esercitare i diritti come previsto dall' articolo 14, paragrafo 2, lettere c), d), e), e dagli articoli che vanno dal 15 al 21 usando i moduli pubblicati su www.enpam.it/privacy
Informazioni aggiuntive ed estese	Per maggiori dettagli, consultare l'indirizzo www.enpam.it/privacy .