

- **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 della medicina dei servizi**
- **Medici fiscali**
- **Specialisti esterni**

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

Questa pensione spetta al genitore 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.

#### 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 (*se non è stato già presentato da altri aventi diritto*);
- certificato di prima iscrizione all'Ordine, solo per i medici deceduti non pensionati (*se non è stato già presentato da altri aventi diritto*);
- dichiarazione per il diritto alle detrazioni d'imposta;
- copia dell'ultimo modello 730, Unico o dell'ultima Cu relativi ai redditi dell'iscritto/a deceduto/a, da cui risultino, eventualmente, i nomi delle persone fiscalmente a carico;
- copia del modello 730, Unico, o dell'ultima Cu relativi ai redditi del genitore; oppure un'autocertificazione redatta ai sensi dell'articolo 46 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000, nella quale si attesti la propria situazione reddituale o economica al momento del decesso dell'iscritto/a;
- copia del provvedimento di pensione con indicazione dell'importo della prestazione riconosciuta (*solo per chi è titolare o ha presentato domanda di pensione a carico di altri enti obbligatori*);
- copia del documento di identità (**solo se la domanda è inviata per posta o per fax**).

### 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 all'emergenza territoriale, medici fiscali, specialisti ambulatoriali, medici della medicina di servizi, specialisti esterni*)) solo se non sono stati già presentati da altri aventi diritto.

Per legge<sup>1</sup> 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 sul sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it) nella sezione "Moduli".

#### **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 al 31 dicembre 2012 sono, 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 della medicina dei servizi
- Medici fiscali
- Specialisti esterni

Spazio riservato all'ENPAM  
protocollo

**MOD .PENS.GEN.**

**Domanda di pensione per il genitore del medico/odontoiatra deceduto/a**

**Dati del genitore (non del medico/odontoiatra deceduto/a)**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> </div> <p style="font-size: small; text-align: center;">Codice ENPAM</p>	/	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> </div> <p style="font-size: small; text-align: center;">Codice Fiscale</p>
--	---	--	--

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 \_\_\_\_\_

**Dati del rappresentante legale (se il modulo viene presentato da chi rappresenta legalmente l'iscritto che ha diritto alla pensione)**

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

(ai sensi degli 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 Fiscale \_\_\_\_\_ **Codice Enpam** \_\_\_\_\_

era iscritto/a all'Ordine dei medici della Provincia di \_\_\_\_\_

- di essere stato/a sempre a suo carico, non possedendo redditi personali
- di possedere redditi personali per l'importo che risulta dal modello 730, Unico o dalla Cu allegati in fotocopia
- che non esistono altri familiari beneficiari (coniuge e/o figli/nipoti dell'iscritto/a deceduto/a) che hanno diritto a questa pensione

**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

## Dichiaro

di aver preso visione dell'informativa sulla privacy allegata.

luogo e data \_\_\_\_\_ Firma (del dichiarante) \_\_\_\_\_

## Chiedo

la pensione indiretta o  di reversibilità a carico dei Fondi di previdenza dell'Enpam

con accredito presso:

ISTITUTO BANCARIO O POSTALE \_\_\_\_\_

FILIALE/AGENZIA N° \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_ (località)

	Codice Nazione	CIN internz	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO
IBAN:	<input type="text"/>	<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) \_\_\_\_\_

## Allego

- certificato di morte;
- certificato di prima iscrizione all'Ordine;
- copia del provvedimento di pensione con indicazione dell'importo della prestazione riconosciuta (*solo per chi è titolare o a presentato domanda di pensione a carico di altri enti obbligatori*);
- copia dell'ultimo modello 730, Unico o dell'ultima Cu relativi ai redditi dell'iscritto/a deceduto/a, da cui risultino, eventualmente, i nomi delle persone fiscalmente a carico;
- copia dell'ultima dichiarazione dei redditi delo genitore(730, Redditi persone fisiche, Cu) oppure autocertificazione redatta ai sensi dell'articolo 46 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000 nella quale si attesti la situazione reddituale o economica al momento del decesso dell'iscritto/a;
- copia del documento d'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)

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

## Dichiaro

(ai sensi 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

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 dei 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>)

*Parte riservata ai 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 \_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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%

SI  NO alle detrazioni per altri familiari a carico, che abbiano un reddito annuo non superiore a 2.840,51 (al lordo degli oneri deducibili), previste dall'articolo 12 del Tuir

**DATI DEGLI ALTRI FAMILIARI (secondo quanto previsto dall'articolo 433 del Codice Civile)**

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

## Richiesta di un'aliquota maggiore

SI  NO **Non potendo beneficiare delle detrazioni d'imposta**, chiedo che venga applicata un'aliquota di tassazione del \_\_%, più elevata di quella determinata dalla Fondazione, in base agli scaglioni annui di reddito, con conseguente conguaglio Irpef a debito.

**Attenzione:** se siete titolari di più trattamenti pensionistici l'Enpam applica l'aliquota fiscale comunicata dal Casellario Inps, tenendo conto del reddito annuo complessivo da pensione. In questi casi, dunque, la richiesta di un'aliquota maggiore non viene presa in considerazione. La richiesta va rinnovata ogni anno.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma (del dichiarante) \_\_\_\_\_

## 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")

<b>Contatti</b>	Titolare del trattamento dei dati: Fondazione Enpam, Piazza Vittorio Emanuele II, n. 78 – 00185 Roma, email: <a href="mailto:privacy@enpam.it">privacy@enpam.it</a> . Responsabile della protezione dei dati (Rpd): posta cartacea presso la sede del Titolare; email: <a href="mailto:dpo@enpam.it">dpo@enpam.it</a> ; pec: <a href="mailto:dpo@pec.enpam.it">dpo@pec.enpam.it</a> .
<b>Finalità del trattamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ gestione del rapporto con gli iscritti;</li> <li>■ obblighi previsti da leggi, dai regolamenti e dallo Statuto della Fondazione, da disposizioni di autorità e di organi di vigilanza e controllo.</li> </ul>
<b>Base giuridica</b>	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).
<b>Fonte da cui hanno origine i dati personali</b>	Ordini territoriali; gli iscritti dal momento in cui inizia il rapporto con la Fondazione in poi; pubblici registri.
<b>Categorie di dati trattati</b>	Dati comuni e categorie particolari (dati anagrafici e relativi alla situazione reddituale o lavorativa e allo stato di salute)
<b>Periodo di conservazione</b>	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
<b>Categorie di destinatari</b>	Persone autorizzate e designati, responsabili o altri titolari esterni (es. banche, recupero crediti); componenti degli organi statutari; enti o organismi pubblici.
<b>I diritti degli interessati</b>	L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli che vanno dal 15 al 21 del Rgpd usando i moduli pubblicati su <a href="http://www.enpam.it/privacy">www.enpam.it/privacy</a>
<b>Informazioni aggiuntive ed estese</b>	Per maggiori dettagli, consultare <a href="http://www.enpam.it/privacy">www.enpam.it/privacy</a> .

**Informativa per i familiari**

<b>Contatti</b>	Titolare del trattamento dei dati: Fondazione Enpam, Piazza Vittorio Emanuele II, n. 78 – 00185 Roma, email: <a href="mailto:privacy@enpam.it">privacy@enpam.it</a> . Responsabile della protezione dei dati (Rpd): posta cartacea presso la sede del Titolare; email: <a href="mailto:dpo@enpam.it">dpo@enpam.it</a> ; pec: <a href="mailto:dpo@pec.enpam.it">dpo@pec.enpam.it</a> .
<b>Finalità del trattamento</b>	Erogazione di servizi, esecuzione di prestazioni richieste da un iscritto, da un dipendente o da un collaboratore a beneficio di familiari.
<b>Base giuridica</b>	A seconda dei casi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. consenso al trattamento (articolo 9 paragrafo 2 lettera a) Rgpd), se si tratta di categorie particolari di dati;</li> <li>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;</li> <li>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);</li> <li>4. esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali (articolo 6 paragrafo 1 lettera b) Rgpd);</li> <li>5. obbligo di legge (articolo 6 paragrafo 1 lettera c) Rgpd);</li> <li>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);</li> <li>7. legittimo interesse dell'iscritto, del dipendente o del collaboratore che fa la richiesta (articolo 6 paragrafo 1 lettera f) Rgpd).</li> </ol>
<b>Fonte da cui hanno origine i dati personali</b>	Il familiare dell'iscritto, del dipendente o del collaboratore che fa la richiesta.
<b>Categorie di dati trattati</b>	Dati personali comuni e categorie particolari.
<b>Periodo di conservazione</b>	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.
<b>Categorie di destinatari</b>	Persone autorizzate e designati, responsabili o altri titolari esterni (es. banche, recupero crediti); componenti degli organi statutari; enti o organismi pubblici.
<b>I diritti degli interessati</b>	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 <a href="http://www.enpam.it/privacy">www.enpam.it/privacy</a>
<b>Informazioni aggiuntive ed estese</b>	Per maggiori dettagli, consultare l'indirizzo <a href="http://www.enpam.it/privacy">www.enpam.it/privacy</a> .