

**DOMANDA DI PRESTAZIONE
PER INVALIDITÀ TEMPORANEA
DEL FONDO DELLA LIBERA PROFESSIONE
MEDICO-ODONTOIATRA**

DA PRESENTARE PER IL TRAMITE DELL'ORDINE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Spett.le Fondazione Enpam
SERVIZIO ASSISTENZA
P.zza Vittorio Emanuele II, n° 78
00185 – Roma

Il/la sottoscritto/a _____
Dott./Dott.ssa _____
Cognome _____ Nome _____

_____ / _____
Codice Fiscale _____ Codice Enpam _____

Consapevole delle responsabilità civili e penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

di essere nato/a a _____ (Prov. ____) il ____ / ____ / ____ ;
di essere residente a _____ (Prov. ____) C.A.P. _____
in Via/P.zza _____ n. ____ Tel. ____ / ____ ;
di essere attualmente iscritto/a all'O.M. e degli Odontoiatri di: _____ dal ____ / ____ / ____ ;

DICHIARA

- di aver sospeso l'attività professionale per inabilità totale e temporanea in data ____ / ____ / ____
essendo affetto/a da _____;
- che l'invalidità perdura ancora;
- di aver ripreso l'attività professionale in data ____ / ____ / ____ ;

di svolgere le seguenti attività:

ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	LAVORO DIPENDENTE	LAVORO CONVENZIONATO

di aver aderito al nuovo regime fiscale forfettario (art. 1 comma 54 della legge n. 190 del 2014)

di aver aderito al regime dei contribuenti minimi (art. 27 del decreto legislativo n. 98 del 2011 convertito in legge n.111/2011)

Che il proprio stato civile e familiare è il seguente:

CELIBE/NUBILE

SEPARATO/A

CONIUGATO/A

VEDOVO/A

Cognome e nome del coniuge	Data e luogo di nascita
_____	_____

Altre persone conviventi:

TIPO DI PARENTELA	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO	PROV.

DICHIARA inoltre:

di aver posseduto nell'anno 2_____ i seguenti redditi: (1)*

DESCRIZIONE DEI REDDITI	DICHIARANTE	CONIUGE/ GENITORE DECEDUTO	ALTRI COMPONENTI
A) TERRENI	€.....	€.....	€.....
B) CASA DI ABITAZIONE (rendita catastale aggiornata)	€.....	€.....	€.....
ALTRI FABBRICATI (rendita catastale aggiornata)	€.....	€.....	€.....
C) LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI (stipendi salari, pensione Enpam, altre pensioni ecc.)	€.....	€.....	€.....
D) LAVORO AUTONOMO	€.....	€.....	€.....
E) DIVERSI (specificare tipo di reddito)	€.....	€.....	€.....
AMMONTARE COMPLESSIVO	€.....	€.....	€.....

(1)* indicare i redditi dell'ultima dichiarazione fiscale

e che per detti redditi è stata presentata la seguente documentazione (indicare per ciascuno dei soggetti le modalità di denuncia dei rispettivi redditi: cioè Mod. CUD/730 ovvero UNICO).

(allegare copia dei modelli fiscali presentati)

CHIEDE

che la liquidazione del trattamento assistenziale avvenga con le seguenti modalità:

mediante accredito sul c/c bancario o postale acceso a proprio nome presso:

ISTITUTO DI CREDITO / UFF.POSTALE _____

FILIALE/AGENZIA N° _____ DI _____ (località)

	Codice Nazione	CIN internaz.	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:	<input type="text"/>					(per pagamento verso Paesi Europei)

cointestato con: _____

ALLEGA la documentazione indicata sul retro del modello.

Dichiara inoltre di aver preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 pubblicata sul sito della Fondazione (all'indirizzo www.enpam.it/privacy). Dichiara altresì di aver portato a conoscenza dei familiari coinvolti le caratteristiche del trattamento dei loro dati personali e di averne ottenuto il consenso. Consapevole che il trattamento riguarderà anche dati sensibili e che il rifiuto comporterà l'impossibilità di fruire dei relativi servizi/benefici, esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili nei limiti e per le finalità precisate nell'informativa.

luogo e data _____

firma (per esteso del dichiarante) _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA (in carta libera):

1. Certificato medico da cui risulti la natura, la data d'insorgenza e la durata della malattia;
2. Eventuale documentazione di spesa relativa all'infortunio o alla malattia;
3. Copia, completa di allegati, del o dei Mod. 730/Unico del nucleo familiare, relativamente all'ultimo anno fiscale, debitamente sottoscritta;
4. Verbale di visita collegiale effettuata presso l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri dove il Sanitario risulta iscritto, nel caso in cui l'infortunio o la malattia comportino inabilità temporanea assoluta all'esercizio dell'attività per una durata prevedibile superiore ai sei mesi;
5. Copia documento d'identità.

AVVERTENZE

1. La prestazione viene erogata a partire dal 61° giorno dall'insorgenza dello stato di inabilità;
2. Ai fini della concessione della prestazione, il reddito complessivo del nucleo familiare non deve essere superiore a sei volte l'importo del trattamento minimo Inps, aumentato di un sesto per ogni componente il nucleo familiare escluso il richiedente;
3. Compilare in ogni sua parte il modulo; precisare il tipo di attività professionale svolta dal medico (ad esempio odontoiatra, analista, ecc...);
4. L'indicazione del codice fiscale è obbligatoria per legge. L'Ente non potrà procedere alla liquidazione del trattamento senza tale dato;
5. In caso di incapacità oppure comunque di impossibilità alla compilazione ed alla sottoscrizione del presente modulo, tali incombenze dovranno essere svolte dal legale rappresentante (tutore o procuratore);
6. 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.