

Altre persone conviventi:

TIPO DI PARENTELA	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO	PROV.

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 essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

luogo e data _____ firma (per esteso del dichiarante) _____

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.