



FONDI SPECIALI DOMANDA DI PRESTAZIONI DI INABILITÀ TEMPORANEA

Alla Fondazione E.N.P.A.M.
DIPARTIMENTO DELLA PREVIDENZA
SERVIZIO PRESTAZIONI FONDI SPECIALI
Ufficio Inabilità Temporanea
Via Torino, 38
00184 Roma

Il/La sottoscritto/a
Dott./Dott.ssa

Cognome

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. ___/_____
fax _____ e-mail _____;

di aver conseguito il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il _____;
di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____;
di essere convenzionato con il S.S.N. (o altri Enti) per l'esercizio dell'attività professionale di *(barrare la casella)*:

- ASSISTENZA PRIMARIA AMBULATORIALE SPECIALISTA ESTERNO
 PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA MEDICINA DEI SERVIZI
 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
 EMERGENZA TERRITORIALE

(FONDO DI MEDICINA GENERALE)

(FONDO AMBULATORIALI)

(FONDO SPECIALISTI ESTERNI)

di aver **sospeso** in data _____ per inabilità assoluta e temporanea **ogni attività professionale (convenzionata, libero professionale, dipendente, ecc..)** e,

che l'inabilità perdura ancora *(barrare la casella)*

di aver ripreso l'attività professionale in data _____

Il/La sottoscritto/a **chiede** che l'importo delle prestazioni venga corrisposto mediante *(barrare la casella)*:

assegno circolare non trasferibile;

accredito sul conto corrente bancario a lui intestato presso:

ISTITUTO BANCARIO _____

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)					

La presente istanza, in caso di sospensione continuativa dell'attività professionale per una durata superiore a sei mesi, vale anche come domanda di esonero dal pagamento del contributo obbligatorio della "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale, purché presentata entro 180 giorni dall'insorgere della malattia o dal verificarsi dell'infortunio, ovvero in costanza di inabilità assoluta all'esercizio dell'attività professionale.

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.

La domanda può anche essere sottoscritta da un terzo in caso di incapacità naturale dell'iscritto.

(luogo e data)

(firma per esteso del dichiarante)

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del

Sig. _____

Sig. _____

(firma per esteso del dipendente addetto)

INVIO PER POSTA

(ai sensi dell'art.38, comma 3, del D.P.R. n.445/2000 allega fotocopia non autenticata del documento d'identità)

DOCUMENTI DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA**PER I MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA, PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA, CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ED EMERGENZA TERRITORIALE:**

- **Certificato medico**, da produrre solo in originale, da cui risulti la data d'insorgenza e la durata dell'inabilità.
- **Dichiarazione rilasciata dalla competente struttura del S.S.N.** (o altro Istituto) con cui è in atto il rapporto di convenzione attestante l'incarico, il periodo di sospensione dell'attività professionale per malattia e la menzione che a partire dal 31° giorno i compensi sono stati corrisposti direttamente al medico sostituto nella misura prevista dall' A.C.N. Il documento può essere prodotto in originale od in copia conforme, ai sensi degli Artt.18-19 del D.P.R. 445/2000.
- **Fotocopie delle buste** paga dei 3 mesi precedenti il mese in cui è insorto lo stato di inabilità e quelle successive contenenti eventuali importi delle voci variabili riferiti ad attività svolte nei 3 mesi in questione.

PER I MEDICI AMBULATORIALI E DELLA MEDICINA DEI SERVIZI:

- **Certificato medico**, da produrre solo in originale, da cui risulti la data d'insorgenza e la durata dell'inabilità.
- **Dichiarazione rilasciata dalla competente struttura del S.S.N.** (o altro Istituto) con cui è in atto il rapporto di convenzione attestante l'incarico, il periodo di sospensione dell'attività professionale per malattia, la misura della retribuzione corrisposta (se al 100%, al 50% o senza retribuzione), da produrre in originale od in copia conforme, ai sensi degli Artt.18-19 del D.P.R. 445/2000.
- **Fotocopia dell'ultima busta paga percepita al 100%** da cui si evinca l'ammontare delle voci retributive fisse e continuative soggette a contribuzione ENPAM.

PER I MEDICI SPECIALISTI ESTERNI:

- **Dichiarazione rilasciata dalla competente struttura del S.S.N.** (o altro Istituto) attestante il rapporto di convenzione in atto durante il periodo di inabilità ed il tipo di prestazioni effettuate, ovvero se "a visita" oppure "a prestazione".
- **Certificato medico dettagliato**, comprensivo di diagnosi, data di insorgenza e durata dell'inabilità, da produrre solo in originale.