



- di aver effettuato il riscatto di allineamento;
- di aver effettuato il riscatto degli anni di laurea e/o specializzazione;
- di aver effettuato il riscatto del servizio militare o civile;
- di aver effettuato il riscatto di anzianità precontributiva;
- di aver effettuato versamenti volontari aggiuntivi e/o contribuzione proporzionale al reddito professionale;
- di aver ricongiunto periodi assicurativi ai sensi della Legge 5 marzo 1990, n. 45;
- di rivestire la carica di amministratore locale.
- che il proprio stato civile e familiare è il seguente:

celibe/nubile     vedova/o     coniugato/a     separato/a

<b>Cognome e nome del coniuge</b> _____;	<b>Data e luogo di nascita</b> ___/___/___; _____
---	--

divorziato/a

<b>Cognome e nome dell'ex coniuge</b> _____;	<b>Data e luogo di nascita</b> ___/___/___; _____
---	--

Figli legittimi, legittimati, adottivi, affiliati o naturali riconosciuti:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO	PROV.	DOMICILIO (solo se non convivente)

di aver diritto alla maggiorazione della pensione per i benefici combattentistici per i motivi di cui alla Legge n.140 del 15.04.1985, come meglio precisato nell'apposito modulo di domanda (MOD.EX-COM);

di aver diritto all'integrazione al minimo (ex art.7 della Legge n.544 del 29.12.1988) del trattamento che verrà erogato dal Fondo di Previdenza Generale, come meglio precisato nell'apposito modulo di domanda (MOD.SPG/IM);

di scegliere la sotto indicata modalità di pagamento della pensione:

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
<b>IBAN:</b>						
<b>BIC:</b>						

(per pagamento verso Paesi Europei)

cointestato con: \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## SI IMPEGNA

**A comunicare *tempestivamente* ogni variazione anagrafica (residenza, domicilio fiscale) all'Ordine dei Medici di appartenenza ed all'ENPAM. e, infine**

### dichiara

di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'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.

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- 
- INVIO PER POSTA**  
Allegare fotocopia non autenticata del documento d'identità (ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000).
- 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 del dipendente addetto)

## **NOTE INFORMATIVE PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DEL MODULO DOMANDA**

- 1) Per la definizione della pratica, unitamente al modulo domanda, va trasmesso l'apposito "modello dichiarazione ai fini fiscali" debitamente compilato.  
E' richiesta, inoltre, la fotocopia del tesserino del Codice Fiscale.
  
  - 2) Il presente modulo dovrà essere compilato e sottoscritto dal richiedente avente diritto. In caso di incapacità o, comunque, di impossibilità alla compilazione ed alla sottoscrizione del modulo, tali incombenze dovranno essere svolte dal legale rappresentante del richiedente avendo cura di allegare una copia della procura, della delega o della sentenza di nomina di tutore o di curatore, ovvero una certificazione, redatta ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, attestante la qualità di legale rappresentante, di tutore, di curatore e simili.
-