

**DA PRESENTARE DOPO IL COMPIMENTO DEL 65° ANNO DI ETÀ'****DOMANDA DI PENSIONE  
FONDO DI****DIRETTA ORDINARIA  
PREVIDENZA GENERALE**Alla Fondazione E.N.P.A.M.  
DIPARTIMENTO DELLA PREVIDENZA  
SERVIZIO PRESTAZIONI  
FONDO GENERALE  
Via Torino, 38  
00184 ROMAL\_ Sottoscritt\_ Dr. \_\_\_\_\_  
cognome nome

□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□/□□□□

(Codice fiscale)

(Codice ENPAM)

**CHIEDE**

che gli/le venga concessa la pensione diretta ordinaria a carico del Fondo di Previdenza Generale ed a tal fine consapevole, delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

**DICHIARA**

❖ di essere nat\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ;

❖ di essere residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) C.A.P. □□□□□

in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

❖ di avere il domicilio fiscale a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) C.A.P. □□□□□

in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(da indicare se diverso dalla residenza)

 di aver conseguito il diploma di laurea il \_\_\_\_\_ ; di essere attualmente iscritto all'O.M. e degli Odontoiatri di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ; di essere stato iscritto precedentemente all'O.M. e degli Odontoiatri di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ; di aver svolto l'attività medica e/o odontoiatra anche nei seguenti Stati:

\_\_\_\_\_ ,

versando i relativi contributi previdenziali ai seguenti Istituti:

\_\_\_\_\_ ;

- 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.
-