

DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE DAL **GENITORE** DEL MEDICO

**DOMANDA DI PENSIONE
FONDO DI**



INDIRETTA O DI REVERSIBILITA' PREVIDENZA GENERALE

Alla Fondazione E.N.P.A.M.
DIPARTIMENTO DELLA PREVIDENZA
SERVIZIO PRESTAZIONI
FONDO GENERALE
Via Torino, 38
00184 - R O M A

__L__ Sottoscritt__ _____
cognome nome

□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□/□□□□

(Codice fiscale superstite)

(Codice ENPAM Sanitario deceduto)

CHIEDE

che gli/le venga concessa la pensione indiretta o di reversibilità a carico del Fondo di Previdenza Generale ed a tal fine otto la propria personale responsabilità, 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)

❖ che in data ___/___/___ è decedut__ l_ Dott. _____ nat__ a _____ (___)

il ___/___/___ iscritto all'Ordine dei Medici di _____ ;

_____ ;

di essere stat_ sempre a Suo carico, non possedendo redditi propri

ovvero

di possedere redditi propri per l'importo risultante dal Mod.730, UNICO o Mod.CUD, che si allega in copia fotostatica;

che non esistono superstiti (moglie e/o figli del Sanitario) aventi diritto alle prestazioni dell'Ente;

di non usufruire di una pensione indiretta a carico di Enti Previdenziali obbligatori diversi dall'Enpam;

di usufruire o di avere in corso una domanda di pensione indiretta o di reversibilità a carico di Enti Previdenziali obbligatori diversi dall'Enpam;

(allegare copia del provvedimento di pensione con indicazione della percentuale di pensione attribuita)

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);

chiede che l'importo delle prestazioni venga corrisposto 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.	C I N	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO
IBAN:						
BIC:						(per pagamento verso Paesi Europei)

cointestato con: _____

L sottoscritt dichiara, altresì, di essere informat_ , ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs.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)

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)

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)

PENSIONE AD ASCENDENTI

La pensione indiretta o di reversibilità, ove al momento del decesso del medico manchino o non abbiano titolo alla prestazione i superstiti aventi diritto (moglie e/o figli), spetta ai genitori del Sanitario deceduto purché a carico di quest'ultimo.

Ad uno o ad entrambi i genitori del medico, deceduto in costanza di contribuzione al Fondo, spetta un'aliquota pari al 60% della pensione che sarebbe spettata all'iscritto stesso ove fosse divenuto inabile in modo totale e permanente al momento del decesso. Ai superstiti dell'iscritto già pensionato compete, invece, un'aliquota pari al 60% della pensione in godimento dal Sanitario all'atto del decesso.

ELENCO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE

(Tutti in carta libera)

- 1) Modello dichiarazione ai fini fiscali, **(da allegare obbligatoriamente per la definizione della domanda)**;
- 2) Fotocopia del tesserino di codice fiscale;
- 3) Certificato di iscrizione all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del Sanitario deceduto;
- 4) Copia del Modello UNICO, relativo all'ultima dichiarazione dei redditi presentata dal medico;
- 5) Copia Modello 730, UNICO o del Modello CUD relativi ai redditi propri del richiedente, ovvero certificazione, redatta ai sensi dell'art.46 del D.P.R. n.445/2000, attestante la situazione reddituale o economica;
- 6) Modello SPG/IM, relativo alla domanda di integrazione al minimo e relativa documentazione;

AVVERTENZA

L'intera documentazione, relativa al pensionamento di più superstiti facenti parte dello stesso nucleo familiare dovrà essere presentata per il tramite dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di appartenenza del medico deceduto, possibilmente in un unico plico.

NOTE INFORMATIVE PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DEL MODULO DOMANDA

Il presente modulo dovrà essere compilato e sottoscritto dal superstite avente diritto. In caso di incapacità o, comunque, di impossibilità alla compilazione ed alla sottoscrizione tali incombenze dovranno essere svolte dal legale rappresentante 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 propria qualità di legale rappresentante, di tutore, di curatore e simili.

La segnalazione del proprio numero di codice fiscale da parte del pensionato è resa obbligatoria dalla legge (D.M. del 12.03.1974, così come modificato dal D.P.R. n.784 del 2.11.1976). Chi ne sia privo dovrà provvedere a farselo assegnare dall'Ufficio Imposte Dirette e trascriverlo sul presente modulo. In mancanza di tale dato la pratica non potrà essere definita.

