

**DOMANDA DI RISCATTO  
DEGLI ANNI DI LAUREA E SPECIALIZZAZIONE  
E DELL'ANZIANITA' PRECONTRIBUTIVA  
AL FONDO DELLA LIBERA PROFESSIONE - "QUOTA B" DEL FONDO GENERALE**

Alla Fondazione ENPAM  
Dipartimento della Previdenza  
Servizio Contributi Proporzionali  
Fondo Generale  
Via Torino n° 38  
00184 - R O M A

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via / Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ telefono n° \_\_\_\_\_

Codice ENPAM (nove numeri ed una lettera finale) ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

Codice FISCALE ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

**CHIEDE**

- di riscattare N° \_\_\_\_\_ anni del corso legale del diploma di laurea;
- di riscattare N° \_\_\_\_\_ anni del corso legale del diploma di specializzazione in (indicare una sola specializzazione) \_\_\_\_\_.

Per un totale di massimo 10 anni tra laurea e specializzazione;

- di riscattare N° \_\_\_\_\_ anni (massimo 10) di anzianità precontributiva (attività prestata nel periodo compreso dall'anno successivo l'iscrizione all'Albo professionale al 1° gennaio 1990 per i medici chirurghi, ovvero al 1° gennaio 1995 per i soli laureati in Odontoiatria).

Per un totale di N° \_\_\_\_\_ anni (max 20 anni) tra laurea, spec. e anzianità precontributiva.

Consapevole delle sanzioni 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 CHE ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:**

- 1) non contribuisce anche ad altre forme di previdenza obbligatoria (Fondi gestiti dall'ENPAM per i MEDICI CONVENZIONATI, INPS, INPDAP, ecc.);
- 2) di non avere presentato domanda di prestazione per invalidità permanente;
- 3) di avere un'anzianità contributiva nell'ambito del contributo proporzionale al reddito non inferiore a 10 anni, di cui almeno 1 maturato nel triennio immediatamente antecedente l'anno di presentazione della domanda.

Se ODONTOIATRA, ai fini del raggiungimento del requisito dei 10 anni di anzianità contributiva di cui al punto 3), i periodi di iscrizione all'Albo precedenti il 1995, data di iscrizione all'ENPAM degli ODONTOIATRI, si cumulano all'anzianità contributiva maturata.

Il sottoscritto si impegna ad inviare in originale o in copia autenticata la documentazione che l'ENPAM riterrà necessaria per i controlli previsti dall'art. 71 del Decreto del Presidente della Repubblica n° 445 del 28 Dicembre 2000 per verificarne la veridicità.

S'impegna, altresì, a comunicare all'Ordine dei Medici di appartenenza ed all'ENPAM ogni variazione di residenza o domicilio (v. nota in calce).

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della Legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA  
PRESSO GLI UFFICI DELL'ENTE

La suesposta firma è stata apposta in presenza del Sig. \_\_\_\_\_  
(art. 38, comma 3, D.P.R. 445/2000)

\_\_\_\_\_  
Firma per esteso dell'impiegato addetto

INVIO PER POSTA

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

### NOTE

IN CASO DI RECENTE CAMBIO DI RESIDENZA, OCCORRE DARNE COMUNICAZIONE ALL'ORDINE DEI MEDICI ED ODONTOIATRI DI APPARTENENZA, IL QUALE PROVVEDERA' ALLA RELATIVA COMUNICAZIONE ALL'ENPAM, IN QUANTO LA PROPOSTA DI RISCATTO ED IL SUCCESSIVO BOLLETTINO DI PAGAMENTO (MAV) VENGONO INVIATI ALL'INDIRIZZO RISULTANTE ALL'ENPAM DALLE COMUNICAZIONI CHE IN TAL SENSO PERVENGONO DAGLI ORDINI DEI MEDICI ED ODONTORIATRI.