

DA PRESENTARE PER IL TRAMITE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI



**DOMANDA DI PRESTAZIONE ASSISTENZIALE DEL FONDO  
DI PREVIDENZA GENERALE**

COMPILAZIONE A CURA DEI ***SUPERSTITI***

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)

**DICHIARA**

- ❖ di essere nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
- ❖ di essere residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) C.A.P. □□□□□  
in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
- ❖ di essere  Vedova/o  Orfano/a del Dott. \_\_\_\_\_ nat\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
deceduto il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ iscritto all'Albo Professionale di \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;

**CHIEDE** → **AL FONDO DI PREVIDENZA GENERALE "QUOTA A":**

prestazione straordinaria una tantum (indicare nel dettaglio le motivazioni):

.....  
.....  
.....

sussidio continuativo ospitalità presso case di riposo;

sussidio continuativo assistenza domiciliare.

**CHIEDE** → **AL FONDO DI PREVIDENZA GENERALE "QUOTA B":**

prestazione assistenziale straordinaria per cure sanitarie o fisioterapiche non a carico del S.S.N. in favore dei nuclei superstiti dei pensionati per invalidità assoluta e permanente ovvero degli iscritti deceduti prima del raggiungimento dell'età pensionabile.

.....

sussidio assistenziale aggiuntivo per l'assistenza domiciliare in favore del coniuge superstite che già fruisca del sussidio continuativo Quota A.

**DICHIARA** che il proprio stato civile e familiare è il seguente:

celibe  nubile  vedovo/a

(indicare solo persone conviventi: figli legittimi, legittimati, adottivi, affiliati o naturali riconosciuti, genitori o altre persone conviventi).

TIPO DI PARENTELA	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO	PROV.

di essere titolare di pensione E.N.P.A.M. nella misura di € .....

di essere  di non essere titolare delle seguenti altre pensioni .....

**DICHIARA**

Di aver posseduto nell'anno 2 \_\_\_\_\_ i seguenti redditi: (1)\*

DESCRIZIONE DEI REDDITI	DICHIARANTE	CONIUGE Deceduto	ALTRI COMPONENTI
A) terreni .....	€ .....	€ .....	€ .....
B) Casa di abitazione (rendita catastale aggiornata) .....	€ .....	€ .....	€ .....
Altri fabbricati (rendita catastale aggiornata) .....	€ .....	€ .....	€ .....
C) di lavoro dipendente e assimilati (stipendi salari, pensione ENPAM, altre pensioni ecc.)	€ .....	€ .....	€ .....
D) lavoro autonomo .....	€ .....	€ .....	€ .....
E) diversi (specificare tipo di reddito) .....	€ .....	€ .....	€ .....
F) esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche (pensioni di guerra, pensioni, indennità, comprese le indennità di accompagnamento e assegni, erogati dal Ministero dell'Interno ai ciechi civili, ai sordomuti ed agli invalidi civili) o assoggettati a ritenute alla fonte a titolo d'imposta (interessi bancari, cedole obbligazioni ecc.) .....	€ .....	€ .....	€ .....
AMMONTARE COMPLESSIVO .....	€ .....	€ .....	€ .....

(1)\* indicare i redditi dell'ultima dichiarazione fiscale

e che per detti redditi, ad eccezione di quelli indicati alla lettera f), è stata presentata la seguente documentazione (indicare per ciascuno dei soggetti le modalità di denuncia dei rispettivi redditi: cioè se abbiano presentato dichiarazione Mod. CUD/730 ovvero UNICO) (allegare copia dei modelli fiscali presentati)

.....

CHIEDE che la liquidazione del trattamento assistenziale avvenga con le seguenti modalità:

mediante **accredito sul c/c bancario acceso a proprio nome presso:**

ISTITUTO DI CREDITO \_\_\_\_\_

FILIALE/AGENZIA N° \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_ (località)

NUMERO DEL CONTO CORRENTE \_\_\_\_\_

CODICE DI AVVIAMENTO BANCARIO: CIN  A.B.I.  C.A.B.

**Ovvero:**

mediante accredito **conto bancoposta**

presso l'Ufficio postale di \_\_\_\_\_

NUMERO DEL CONTO CORRENTE \_\_\_\_\_

CODICE DI AVVIAMENTO BANCARIO: CIN  A.B.I.  C.A.B.

**ALLEGA** la documentazione indicata sul retro del modello.

\_\_\_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 viene resa

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso del dichiarante)

**RISERVATO ALL'ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI** .....

Sulla richiesta si esprime parere ..... per il seguente motivo:

.....  
.....  
.....

Data, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

IL PRESIDENTE \_\_\_\_\_

(Si prega di esprimere un parere autonomo e circostanziato basato sugli elementi di conoscenza diretta del caso)

## **DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA (in carta libera):**

1. copia, completa di allegati, del o dei Mod. 730/Unico del nucleo familiare, relativamente all'ultimo anno fiscale, debitamente sottoscritta;
2. documentazione in fotocopia, comprovante l'infortunio o malattia, ovvero l'evento di particolare gravità (spese medico-farmaceutiche sostenute non rimborsabili dal S.S.N., ed ogni altra documentazione utile, quale spese funerarie, ecc.);
3. nel caso del sussidio continuativo per l'assistenza domiciliare Quota A allegare verbale rilasciato dalla Commissione Medica del competente Ordine dei Medici attestante la condizione di non autosufficienza del richiedente.

### **“AVVERTENZE “**

1. ai fini della concessione delle prestazioni di Quota A, il reddito complessivo del nucleo familiare non deve essere superiore a quattro volte l'importo del trattamento minimo Inps, (€ 21.841,00 per il 2005) aumentato di un quarto per ogni componente il nucleo familiare escluso il richiedente. Nel caso di prestazioni per casa di riposo tale limite è ridotto della metà;
  2. ai fini della concessione delle prestazioni di Quota B il reddito complessivo del nucleo familiare non deve essere superiore a quattro volte l'importo del trattamento minimo Inps (€ 21.841,00 per il 2005);
  3. compilare il modulo in ogni sua parte;
  4. l'indicazione del codice fiscale è obbligatoria per legge. L'Ente non potrà procedere alla liquidazione del trattamento senza tale dato;
  5. in caso di incapacità oppure comunque di impossibilità alla compilazione ed alla sottoscrizione del presente modulo, tali incombenze dovranno essere svolte dal legale rappresentante (tutore o procuratore);
  6. la domanda, compilata e corredata della prescritta documentazione, dovrà essere trasmessa all'ENPAM, esclusivamente attraverso l'Ordine dei Medici della Provincia dove il Sanitario risultava iscritto al momento del decesso.
-