

DOMANDA DI PRESTAZIONI PER INVALIDITA' TEMPORANEA

Alla Fondazione E.N.P.A.M.
SERVIZIO PRESTAZIONI
DEI FONDI SPECIALI
VIA TORINO, 38
00184 Roma

Il/La Sottoscritto/a Dott. _____

Codice
fiscale

Codice
ENPAM

DICHIARA

- Di essere nato/a _____ Prov. _____ il _____
- Di essere nato/a _____ Prov. _____ il _____
In Via/Piazza _____ n° _____ tel. _____
- Di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____
- Di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____

DICHIARA inoltre:

- Di essere convenzionato/a con il S.S.N. (o altri Enti) in qualità di:

GENERICO AMBULATORIALE SPECIALISTA ESTERNO

- Di aver sospeso, ogni attività professionale in data _____

per inabilità assoluta e temporanea,

- che l'invalidità ancora perdura
 - di avere ripreso l'attività professionale in data _____
 - perché affetto da _____
-

Il/La Sottoscritto/a **CHIEDE** che l'importo delle prestazioni venga corrisposto:

Mediante accredito sul c/c bancario a lui intestato presso

ISTITUTO BANCARIO _____

FILIALE/AGENZIA _____

N° DI CONTO CORRENTE _____

CODICE C.A.B. _____ CODICE A.B.I. _____

A mezzo assegno circolare non trasferibile, esonerando l'Ente da ogni responsabilità per l'eventuale incasso fraudolento da parte di terzi dei titoli smarriti o trafugati.

(luogo e data)

(firma per esteso)

**DOCUMENTI DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA
(in originale o copia autentica)**

1. Certificato medico da cui risulti la natura, la data d'insorgenza e la durata della malattia.
2. Dichiarazione rilasciata dalla competente struttura del S.S.N. (o altro Ente) attestante:
 - La data della sospensione e quella dell'eventuale ripresa dell'attività.
 - La natura dell'attività professionale prestata (Generica, Pediatrica, Guardia medica, Specialistica ambulatoriale, Specialistica esterna – con l'indicazione, in quest'ultimo caso, anche della branca specialistica).

Per i medici **GENERICI**, **PEDIATRI** e di **GUARDIA MEDICA**, dovranno essere prodotte le fotocopie delle distinte di pagamento dei compensi relativi ai 3 (tre) mesi antecedenti la malattia.

Per i medici **AMBULATORIALI** la dichiarazione dovrà (obbligatoriamente) indicare quanto segue:

- La misura della retribuzione corrisposta (50% oppure 100% dei compensi) in relazione ai periodi assistiti;
- L'ammontare delle voci retributive fisse e contributive soggette a contribuzione E.N.P.A.M. (compenso base maggiorato degli aumenti periodici di anzianità, quote di carovita, indennità di disponibilità) relativo all'ultimo compenso mensile corrisposto al 100%;
- Gli eventuali periodi non retributivi.