

lavoratrici autonome) del T.U., emanato con D.Lgs. n. 151/2001, e di non aver presentato domanda di indennità presso altri Enti previdenziali ed inoltre,

ATTESTA

(barrare la casella che interessa):

- di non svolgere alcun tipo di attività professionale.....;
- di essere titolare di borsa di studio per.....;
- di essere libera professionista e di svolgere la/le seguente/i attività.....;
- di essere titolare di rapporto di collaborazione coordinata e continuativa e di svolgere la/le seguente/i attività:.....;
- di svolgere l'attività professionale in regime di convenzione in qualità di medico di medicina generale o di pediatra di libera scelta.....;
- di svolgere l'attività convenzionale quale addetta ai servizi di continuità assistenziale o di emergenza territoriale, senza essere transitata a rapporto di dipendenza.....;
- di svolgere l'attività professionale in qualità di titolare di rapporto in convenzione (con esclusione delle iscritte che siano transitate a rapporto di dipendenza) per la specialistica ambulatoriale ovvero per la medicina dei servizi e di aver fruito di sospensione remunerata dal ____/____/____ al ____/____/____;
- di essere specialista esterna titolare di accreditamento con il sistema sanitario pubblico;
- di aver percepito e denunciato ai fini fiscali nel secondo anno precedente quello dell'evento un reddito di €..... come risulta dall'allegata documentazione;
- di non aver prodotto redditi nel secondo anno precedente quello dell'evento.

< di scegliere la sotto indicata modalità di pagamento >

- 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.

cointestato con _____

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.

cointestato con _____

La sottoscritta dichiara, altresì, di essere informata, ai sensi 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 del dichiarante)

- » La presente dichiarazione può essere inviata *per posta* firmata e accompagnata *dalla fotocopia del documento di riconoscimento* (Art. 38 del T.U. D.P.R. 445/2000);

oppure

- » Può essere sottoscritta in presenza del Funzionario addetto dell'ENPAM.

Spazio riservato al Funzionario addetto	Ho accertato l'identità del dichiarante mediante il documento _____
	N° _____ rilasciato da _____ il _____
	La presente dichiarazione è stata sottoscritta in mia presenza: (Art.38 del T.U. sulla documentazione amministrativa)
	_____ Luogo e data
_____ Timbro e Firma del Funzionario addetto	

“AVVERTENZE ”

- > La domanda va presentata alla Fondazione Enpam in caso di gravidanza a partire dal 6° mese compiuto, in caso di aborto verificatosi non prima del 3° mese di gravidanza o per l'ingresso del bambino adottato o affidato, comunque **entro e non oltre il termine perentorio di 180 giorni dal parto, dall'aborto o dall'ingresso del bambino in famiglia.**
- > **Qualsiasi variazione di rapporto professionale che possa influire sul diritto alla prestazione (ad es. inizio di rapporto di lavoro dipendente, ecc.), ricadente nel periodo teoricamente assistibile, dovrà essere comunicata tempestivamente a questo Ente.**

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA

➤ **Copia della dichiarazione (Modello fiscale)** relativa ai redditi del secondo anno precedente a quello dell'evento, completa di ogni quadro utilizzato per la denuncia dei redditi professionali nonché copia delle certificazioni rilasciate da tutti i sostituti d'imposta attestanti le ritenute fiscali effettuate. Ciascun foglio di detta dichiarazione e dei relativi allegati dovrà recare la seguente annotazione apposta e sottoscritta dall'istante: "copia conforme all'originale con allegata comunicazione dell'Amministrazione Finanziaria di avvenuto ricevimento ex art. 3, comma 10, D.P.R. n. 322/1998, ovvero con firma dell'intermediario abilitato alla trasmissione", (*per i redditi eventualmente dichiarati nei quadri RC e/o RL occorre indicare la natura dell'attività svolta*);

➤ **Copia della dichiarazione (U50)** relativa ai redditi di Società di persona;

ed inoltre, in originale o copia autentica (in carta semplice):

a) PER LE DOMANDE DI INDENNITA' DI MATERNITA':

- certificato medico (in originale) comprovante la data d'inizio della gravidanza e la data presunta del parto. In caso di presentazione successiva al parto (e comunque non oltre il 180° giorno dall'evento tutelato) certificare sul presente modulo di domanda, ai sensi dell'art.46 del D.P.R. n. 445/2000, la data di nascita del bambino;

b) PER LE DOMANDE DI INDENNITA' DI ABORTO:

- -
certificato medico in originale, rilasciato dalla A.S.L. o dalla casa di cura accreditata che ha fornito le prestazioni sanitarie, attestante la data d'inizio della gravidanza e comprovante il giorno dell'avvenuta interruzione della gravidanza;

c) PER LE DOMANDE DI INDENNITA' DI ADOZIONE O AFFIDAMENTO:

- copia autenticata del provvedimento di adozione o di affidamento, valido nel territorio dello Stato Italiano, da cui risulti anche la data di nascita del/della minore;

PER LE ISCRITTE TITOLARI DI RAPPORTO IN CONVENZIONE PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E/O PER LA MEDICINA DEI SERVIZI :

- certificato (in originale), attestante la data d'inizio e di fine del periodo tutelabile *ex lege* già remunerato dalla/dalle A.S.L./AA.SS.LL.
