

Alla Fondazione E. N. P. A. M.
Area Previdenza
Servizio Prestazioni
Ufficio Inabilità Temporanea
Piazza Vittorio Emanuele II, 78
00185 ROMA

Il sottoscritto Dott. _____

Codice Fiscale

Codice ENPAM

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. 445/2000,

D I C H I A R A

- di essere nato a _____ Prov. ____ il _____
- di essere residente a _____ Prov. ____ C.A.P.
- in Via/P.zza _____ n. ____ tel./fax/e-mail _____
- di aver conseguito il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il _____
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____
- di essere convenzionato con il S.S.N. (od altri Enti) per l'esercizio dell'attività professionale di (***barrare la casella***):

ASSISTENZA PRIMARIA
 PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
 EMERGENZA TERRITORIALE

FONDO MEDICI MEDICINA GENERALE

SPECIALISTA AMBULATORIALE
 MEDICINA DEI SERVIZI

FONDO MEDICI AMBULATORIALI

SPECIALISTA ESTERNO

FONDO MEDICI SPECIALISTI ESTERNI

- con un incarico:

a tempo indeterminato; a tempo determinato *(indicare la durata)* _____ di sostituzione.

- presso le seguenti Aziende Sanitarie *(indicare i contatti degli uffici competenti)*:

Azienda Sanitaria di _____

Distretto di _____

E-mail, PEC e fax dell'ufficio competente *(da fornire obbligatoriamente)* _____

- di aver **sospeso** in data _____ per inabilità assoluta e temporanea **ogni attività professionale (convenzionata, libero professionista, dipendente, ecc..)** e,

che l'inabilità perdura ancora *(barrare la casella)*

di aver ripreso l'attività professionale in data _____

Inoltre, il sottoscritto **chiede** che l'importo delle prestazioni venga corrisposto mediante accredito sul conto corrente bancario a lui intestato presso *(compilare debitamente la zona sottostante)*:

ISTITUTO DI CREDITO _____ AGENZIA DI _____

CODICE NAZIONE CIN INTERNAZ. C I N ABI CAB NUMERO CONTO CORRENTE

IBAN

BIC (solo per pagamenti verso Paesi Europei)

La presente istanza, in caso di sospensione continuativa dell'attività professionale per una durata superiore a sei mesi, vale anche come domanda di esonero dal pagamento del contributo obbligatorio della "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale.

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all' art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali saranno utilizzati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. In caso di incapacità naturale del medico, la domanda può essere presentata e firmata anche da un congiunto o da un terzo. Qualora il medico – od un terzo in caso di impossibilità accertata – avesse inviato domanda di inabilità temporanea, in caso di successivo decesso del Sanitario, le prestazioni di inabilità temporanea saranno corrisposte rispettivamente, al coniuge superstite, ai figli od agli eredi. Non potranno essere accolte, invece, le domande sottoscritte dal coniuge superstite, dai figli o dagli eredi dopo il decesso del medico.

Luogo e data _____ Firma _____

(IL DICHIARANTE)

Invio per posta, per e-mail a inabtemp@enpam.it o per PEC a protocollo@pec.enpam.it o per fax allo **06 48 29 46 02**. In caso di invio per e-mail o PEC la domanda deve essere firmata e digitalizzata. Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000, alla presente domanda deve essere allegata una **fotocopia del documento di identità**.

Presentazione diretta all'impiegato addetto.

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

Firma dell'impiegato addetto _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA

PER I MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA, PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA, CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ED EMERGENZA TERRITORIALE:

- **certificato medico. Non é più necessario inviare alcuna certificazione medica.**
Esclusivamente per le **patologie legate alla gravidanza a rischio** occorre presentare un certificato medico da redigersi a cura dello specialista ginecologo comprensivo di diagnosi, data di insorgenza, durata dell'inabilità e data presunta del parto;
- **fotocopia del documento di identità;**
- **dichiarazione sostitutiva allegata**, da compilare e sottoscrivere facoltativamente.

PER I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI E DELLA MEDICINA DEI SERVIZI:

- **certificato medico. Non é più necessario inviare alcuna certificazione medica.**
Esclusivamente per le **patologie legate alla gravidanza a rischio** occorre presentare un certificato medico da redigersi a cura dello specialista ginecologo comprensivo di diagnosi, data di insorgenza, durata dell'inabilità e data presunta del parto;
- **fotocopia del documento di identità;**
- **dichiarazione sostitutiva allegata**, da compilare e sottoscrivere facoltativamente.

PER I MEDICI SPECIALISTI ESTERNI:

- **certificato medico** dettagliato in originale, comprensivo di diagnosi, data di insorgenza e durata dell'inabilità;
- **fotocopia del documento di identità;**
- **dichiarazione sostitutiva** allegata, da compilare e sottoscrivere facoltativamente, attestante il periodo di sospensione dell'attività convenzionata per malattia.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÁ

(Art. 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____ in Via/Piazza _____

consapevole delle sanzioni, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti (art. 76 D.P.R. 445/2000),

D I C H I A R A

di aver sospeso per inabilità tutte le attività convenzionate svolte presso le Aziende Sanitarie convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e che l'inabilità perdura alla data odierna o che invece l'attività è ripresa in data _____ .

Dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all' art. 13 del D.Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____ Firma _____

(IL DICHIARANTE)

La presente dichiarazione è contestuale alla domanda di prestazioni per inabilità temporanea e, pertanto, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, le modalità di invio o di presentazione sono le seguenti:

Invio per posta, per e-mail a inabtemp@enpam.it o per PEC a protocollo@pec.enpam.it o per fax allo **06 48 29 46 02**. In caso di invio per e-mail o PEC la domanda deve essere firmata e digitalizzata. Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000, alla presente domanda deve essere allegata una **fotocopia del documento di identità**.

Presentazione diretta all'impiegato addetto.

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

Firma dell'impiegato addetto _____