

CORRESPONSIONE INDENNITÀ - MATERNITÀ - ADOZIONE - ABORTO

Spett. E.N.P.A.M
Servizio Prestazioni del
Fondo di Previdenza Generale
Via Torino, 38
00184 - ROMA

La sottoscritta..... chiede a codesto Ente la corresponsione dell' indennità di:

<input type="checkbox"/> MATERNITÀ	<input type="checkbox"/> ADOZIONE	<input type="checkbox"/> ABORTO
------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

Ai sensi della L.. 11/12/90 n. 379.

A tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali previste dalla legge per coloro che rendono dichiarazioni false,

ATTESTA:

- di essere nata a.....(Prov.....) il...../...../.....
- di essere residente a.....(Prov.....)
- via.....cap.....tel.....
- di aver conseguito la laurea in medicina e chirurgia il.....
- di essere iscritta all' Albo dei Medici dal.....
- codice ENPAM.....
- codice fiscale.....

ATTESTA inoltre, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e successive

modificazioni, di non aver diritto alle indennità di maternità di cui alle leggi 30 dicembre 1971 n. 1204 e 29 dicembre 1987 n. 546 e successive loro modificazioni; e di:

- NON SVOLGERE ALCUN TIPO DI ATTIVITÀ**
- SVOLGERE ATTIVITÀ DI LAVORO DIPENDENTE PRESSO**

.....
 SVOLGERE ATTIVITÀ CONVENZIONATA CON S.S.N COME:

medico generico Titolare pediatra di libera scelta. medico generico Sostituto

guardia medica Titolare addetta alla medicina dei servizi medico generico Sostituto

ambulatoriale Titolare specialista conv. esterna ambulatoriale Sostituto

SVOLGERE ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE PURA

autonomamente organizzata in strutture societarie

ESSERE TITOLARE DI BORSA DI STUDIO ovvero frequentare un corso di dottorato di ricerca e/o specializzazione.

(completare le dichiarazioni che interessano):

1. di aver sospeso l'attività libero professionale pura in data/.../.....e che tale sospensione è perdurata/perdurerà sino al/.../.....;
2. di aver sospeso l'attività convenzionata con il S.S.N. svolta presso.....
.....per il periodo indicato nell' allegata certificazione;
3. di aver presentato la domanda di indennità anche presso i seguenti altri Enti previdenziali
.....
.....
4. di aver percepito nel secondo anno precedente quello di presentazione della domanda, ed denunciato ai fini fiscali, un reddito di £ _____, come risulta dall' allegata documentazione; in ordine all' obbligo di versare il contributo professionale del 12,50 % sul reddito professionale per tale anno, (di cui all' art. 2 del vigente regolamento del Fondo Previdenza Generale) dichiara:

di aver versato regolarmente il contributo dovuto;

di aver versato solo il contributo minimo obbligatorio, avendo presentato nei termini regolamentari domanda di esonero dalla contribuzione proporzionale, ovvero in quanto.....

Chiede che il pagamento della indennità spettante avvenga mediante:

ACCREDITO sul c/c bancario tenuto presso

ISTITUTO BANCARIO.....

FILIALE/AGENZIA N.....DI.....

NUMERO DI C/C.....a Lei intestato o cointestato

CODICE C.A.B.....

CODICE A.B.I.....

assegno circolare non trasferibile, esonerando l' Ente da ogni responsabilità per l'incasso da parte di terzi del titolo eventualmente smarrito o trafugato.

.Ll.....
(luogo e data) (firma per esteso)

timbro

.....
(cognome e nome del pubblico ufficiale)

.....
(firma per esteso del pubblico ufficiale)

AVVERTENZE

1. La firma può essere autenticata dal Segretario comunale o da altro Funzionario incaricato dal Sindaco, da un Notaio, da un Cancelliere o dal Funzionario dell' Enpam competente a ricevere la documentazione, dai Presidenti degli Ordini Provinciali dei Medici o da funzionari da essi all' uopo delegati (art. 29 legge 4/1/68 n. 15).
2. La data e la firma sulla domanda debbono essere apposte dalla dichiarante all' atto della autentica di sottoscrizione.
3. La domanda può essere presentata all' Enpam a partire dal compimento del 6° mese di gravidanza e comunque non oltre il 180° giorno dal parto, termine perentorio, fissato dalla legge 379/90 a pena di decadenza dal diritto.