

**DOMANDA DI RISCATTO  
DEGLI ANNI DI LAUREA E SPECIALIZZAZIONE**

Alla **PRESIDENZA DELL'ENPAM**  
**SERVIZIO CONTRIBUTI**  
**FONDI SPECIALI DI PREVIDENZA**  
**Via Torino n.38**  
**00184 – ROMA**

Il sottoscritto Dott. ....  
nato a ..... il .....  
abitante a ..... (Prov. ....) Via .....  
..... (C.A.P. ....) Tel. .... / ..... CODICE ENPAM (il codice, riportato  
sugli estratti conto, è composto da nove numeri ed una lettera finale)   
CODICE FISCALE

**CHIEDE**

- di riscattare gli anni previsti per il conseguimento del diploma di laurea
- di riscattare gli anni previsti per il conseguimento del diploma di specializzazione
- di limitare i riscatti di cui sopra a n. .... anni complessivamente
- Consapevole delle responsabilità penali in caso di false attestazioni e mendaci dichiarazioni

**DICHIARA**

Ai sensi ed effetti della legge 4 Gennaio 1968, n. 15 :

- 1) di essere attualmente titolare di un rapporto di convenzione con il Servizio sanitario nazionale e con (indicare eventuali altri Enti) ..... in qualità di (indicare la categoria sanitaria convenzionata) .....
- 2) di non avere presentato domande di prestazioni per invalidità permanente;
- 3) di prestare o di avere prestato attività professionale convenzionata per conto delle UU.SS.LL. e degli Enti Mutualistici ed assistenziali sotto elencati:

U.S.L. Ente Mutualistico, Cassa Mutua, ecc.	Servizio prestato in qualità di			Data Iniziale	Eventuale data di cessazione
	GEN.	AMB.	SPEC.		
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	.....
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	.....
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	.....
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	.....
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	.....

## DOCUMENTI DA ALLEGARE IN ORIGINALE O COPIA AUTENTICATA

A) Il sottoscritto MEDICO AMBULATORIALE allega in originale o copia autenticata le dichiarazioni delle UU.SS.LL (Ente Mutualistico) attestanti l'orario settimanale di servizio effettuato dalla data di inizio del rapporto fino alla data di presentazione della presente domanda nonché le eventuali prestazioni di plus orario e extra moenia con elencazione degli anni e del numero di ore lavorate.

B) Il sottoscritto MEDICO PEDIATRA – AMBULATORIALE – SPECIALISTA CONVENZIONATO ESTERNO allega certificato di specializzazione (relativo alla branca esercitata in regime di convenzione) con l'espressa indicazione della durata legale del corso.

Il sottoscritto si impegna a fornire all'E.N.P.A.M. ogni variazione dell'indirizzo al quale la corrispondenza dovrà essere inviata. Si impegna altresì ad inviare in originale o in copia autenticata la documentazione che l'E.N.P.A.M. riterrà necessaria per il perfezionamento della pratica.

Data.....

Firma.....

### **CONSENSO RELATIVO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** (ai sensi legge 31 dicembre 1996, N° 675)

Io sottoscritto..... ai sensi della Legge n° 675/96, concernente “ La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali ”,

### **ESPRIMO IL MIO CONSENSO E AUTORIZZO**

la Fondazione E.N.P.A.M. al trattamento dei miei dati personali da parte degli uffici preposti per l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa di legge e regolamentare in materia di prestazioni previdenziali ed assistenziali. Il mio consenso deve ritenersi esteso anche all'utilizzo dei dati per attività istituzionali non attinenti alla presente domanda.

Data.....

Firma.....