

**DOMANDA DI INDENNITÀ
FONDO DI**



**DI MATERNITÀ
PREVIDENZA GENERALE**

Alla Fondazione E.N.P.A.M
DIPARTIMENTO DELLA PREVIDENZA
SERVIZIO PRESTAZIONI
FONDO GENERALE
Via Torino, 38
00184 - ROMA

La Sottoscritta _____

Cognome

nome

□□□□□□□□□□□□□□□□

(Codice fiscale)

□□□□□□□□□□□□/□□□□

(Codice ENPAM)

CHIEDE

La corresponsione dell'indennità di:

- MATERNITÀ ADOZIONE ABORTO

prevista a mente dell'art.70, così come modificato dalla legge 15.10.2003 n° 289, e segg. (indennità di maternità per le libere professioniste) del *Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità a norma dell'art.15 della legge 8 marzo 2000 n.53*, emanato con D.Lgs. n.151 del 26 marzo 2001, ed a tal fine

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000, consapevole delle sanzioni penali, previste dalla legge, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dal successivo art. 76, sotto la propria responsabilità:

- ❖ di essere nata a _____ (Prov. _____) il ____/____/____;
- ❖ di essere residente a _____ (Prov. _____) C.A.P. □□□□□□
in Via/P.zza _____ n. ____ Tel. ____/____/____;
- ❖ di avere il domicilio fiscale a _____ (Prov. _____) C.A.P. □□□□□□
in Via/P.zza _____ n. ____;
(da indicare se diverso dalla residenza)
- ❖ che la data di inizio della gravidanza è ____/____/____, la data presunta del parto è ____/____/____;
- ❖ che il parto è avvenuto in data ____/____/____;
- ❖ OVVERO: che l'aborto è avvenuto in data ____/____/____;
- ❖ OVVERO: che la data dell'ingresso del bambino in famiglia è il ____/____/____;
- ❖ di essere iscritta all'O.M. e degli Odontoiatri di dal ____/____/____.

inoltre, DICHIARA di non aver diritto alle indennità di maternità di cui al capo III (trattamento economico e normativo delle lavoratrici madri dipendenti) ed al capo XI (indennità di maternità per le

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, escludendo il periodo eventualmente sospeso per maternità ,

- di non svolgere alcun tipo di attività professionale e di non aver conseguito alcun tipo di reddito dall'esercizio dell'attività medica e/o odontoiatrica nell'anno in corso;
- 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.

chiede che l'importo delle prestazioni venga corrisposto mediante

accredito sul c/c bancario o postale acceso a proprio nome presso:

ISTITUTO DI CREDITO UFF. POSTALE _____

FILIALE/AGENZIA N° _____ DI _____ (località)

	Codice Nazione	CIN internaz.	C I N	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO
IBAN:						
BIC:	(per pagamento verso Paesi Europei)					

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 3° mese che precede la data presunta del parto, 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** dei redditi prodotti nel secondo anno precedente a quello dell'evento, completa di ogni quadro utilizzato nonché copia delle certificazioni rilasciate da tutti i sostituti d'imposta attestanti le ritenute fiscali effettuate. *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, rilasciato dal 181° giorno di gravidanza, comprovante la data d'inizio di gestazione e la data presunta del parto in originale. 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.
