

- Medici di medicina generale
- Pediatri di libera scelta
- Addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale
- Specialisti ambulatoriali
- Medici della medicina dei servizi
- Specialisti esterni

### Istruzioni per la domanda di restituzione dei contributi (Fondi speciali)

#### 1. Chi può chiedere la restituzione dei contributi?

L'iscritto/a che ha cessato il rapporto professionale senza avere i requisiti per andare in pensione (vecchiaia/anticipata) e che al compimento dell'età di vecchiaia ha meno di 15 anni di anzianità contributiva. L'anzianità è calcolata tenendo conto dei periodi contributivi maturati in tutte le gestioni dell'Enpam, tranne la Quota A, purché non coincidenti.

**Attenzione:** i contributi possono essere restituiti solo se l'iscritto/a ha cessato tutti i rapporti professionali che prevedono il versamento a uno stesso fondo (cfr. pag.2 del modulo)

#### 2. Quando si può fare domanda?

La domanda va presentata al compimento dell'età pensionabile. L'età per la pensione aumenta ogni anno di sei mesi secondo questa tabella:

2012	2013	2014	2015	2016	2017	Dal 2018 in poi
65 anni	65 anni e 6 mesi	66 anni	66 anni e 6 mesi	67 anni	67 anni e 6 mesi	68 anni

#### 3. Come si presenta la domanda?

- Si può inviare per **posta** o per **fax** (scegliere solo uno di questi modi) a:

Fondazione Enpam  
Servizio Prestazioni Fondi Speciali  
Via Torino 38 – 00184 Roma  
Fax 06/48294.658

In questo caso è necessario allegare la **fotocopia** del **documento di identità**.

- Si può consegnare all'Enpam - Ufficio Accoglienza e relazioni con il pubblico, piazza della Repubblica 68 (1° piano), Roma

Orari: lunedì – giovedì: 9,00-13,00; 14,30-17,00; venerdì: 9,00-13,00.

In questo caso il modulo deve essere **firmato alla presenza** di un funzionario dell'Enpam.



- Medici di medicina generale
- Pediatri di libera scelta
- Addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale
- Specialisti ambulatoriali
- Medici della medicina dei servizi
- Specialisti esterni

spazio riservato all'Enpam

protocollo

MOD.FS/REST.

### Domanda di restituzione dei contributi

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice Enpam \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sono previste la perdita dei benefici conseguiti e sanzioni penali (articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

### Dichiaro

- di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_

### Dichiaro di aver riscattato

- il corso legale del diploma di laurea
- il corso legale del diploma di specializzazione
- il servizio militare o civile
- i periodi precontributivi
- i periodi di sospensione dell'attività convenzionata
- i periodi liquidati  
(periodi contributivi relativi a precedenti rapporti professionali svolti in regime di convenzione per i quali l'Enpam ha restituito i contributi)
- di aver ricongiunto periodi contributivi<sup>1</sup>

1. Legge 5 marzo 1990, n. 45, Norme per la ricongiunzione dei periodi assicurativi ai fini previdenziali per i liberi professionisti.

**Attenzione:** specificare per ogni Fondo Enpam (1, 2, 3) la data di cessazione dell'ultima attività professionale svolta (per conto del Servizio sanitario nazionale, e/o degli Enti non convenzionati con il Ssn, e/o degli Enti mutualistici soppressi).

## 1 FONDO DI MEDICINA GENERALE

ultima attività svolta (a cui si riferisce la data di cessazione):

- medico di medicina generale
- pediatra di libera scelta
- addetto/a alla continuità assistenziale
- addetto/a all'emergenza territoriale

data di cessazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- iscritto/a passato/a alla dipendenza  
aliquota fiscale (in percentuale) applicata all'indennità di fine rapporto (se erogata) \_\_\_\_\_%

## 2 FONDO DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI

ultima attività svolta (a cui si riferisce la data di cessazione):

- specialista ambulatoriale
- medico della medicina dei servizi

data di cessazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

aliquota fiscale (in percentuale) applicata al premio di operosità (se erogato) \_\_\_\_\_%

- iscritto/a passato/a alla dipendenza  
aliquota fiscale (in percentuale) applicata all'indennità di fine rapporto (se erogata) \_\_\_\_\_%

## 3 FONDO DEGLI SPECIALISTI ESTERNI

ultima attività svolta (a cui si riferisce la data di cessazione):

- specialista esterno

data di cessazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Chiedo

che mi vengano restituiti i contributi versati nella misura prevista dai regolamenti con accredito sul conto corrente bancario o sul conto corrente postale (*non si accettano libretti postali di risparmio*)

ISTITUTO BANCARIO O POSTALE \_\_\_\_\_  
 FILIALE/AGENZIA N° \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_ (località)

	Codice Nazione	CIN internaz.	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO
IBAN:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC/SWIFT:	<input type="text"/>					(per pagamenti internazionali)

Dichiaro di essere informato/a, così come previsto dalla legge, che i dati personali raccolti verranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento (articolo 13 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali).

luogo e data \_\_\_\_\_ Firma (del dichiarante) \_\_\_\_\_

Parte riservata all'ufficio

dichiarazione consegnata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(firma per esteso del funzionario dell'Enpam)*

(art. 38, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)