



Dichiarazione sostitutiva di Atto di Notorietà per gli iscritti con contratto di convenzione

- Medici della medicina dei servizi
- Specialisti ambulatoriali

Come si presenta

- La dichiarazione può essere inviata 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** di chi ha rilasciato la dichiarazione.

- 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.



Dichiarazione sostitutiva di Atto di Notorietà

(Art. 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

spazio riservato all'Enpam
protocollo

DICH.FS/AMB.CONV

Nome _____ Cognome _____
Codice Enpam _____ Codice Fiscale _____
Data di nascita ___/___/___ tel. _____ cell. _____
Email _____ PEC _____

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

Informato/a che i dati personali forniti saranno utilizzati così come prevede la legge (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali)

Dichiaro

di aver iniziato l'attività professionale a tempo indeterminato il ___/___/___ e di aver cessato il ___/___/___

di aver sospeso l'attività professionale

(specificare il **periodo di sospensione**, nel quale **non risultano contributi versati**, e la **causa**: es. infortunio, maternità, provvedimento disciplinare, incarichi di Direttore di distretto, etc.)

dal ___/___/___ al ___/___/___	per _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	per _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	per _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	per _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	per _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	per _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	per _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	per _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	per _____
dal ___/___/___ al ___/___/___	per _____

Attenzione: la parte che segue va compilata solo per l'attività svolta fino al 31 dicembre 2012

sostituzioni fino al 31 dicembre 2012

anno	numero di ore	anno	numero di ore

attività nell'ambito di programmi e progetti finalizzati di categoria (art. 31 dell'Accordo collettivo nazionale) fino al 31 dicembre 2012

anno	importo	anno	importo

- di non aver percepito fino al 31 dicembre 2012 altri compensi diversi dal compenso ordinario** (per esempio: *indennità di rischio, indennità di bilinguismo, eventuali rimborsi chilometrici per accessi fuori dal Comune o altro*) che rientrano nell'imponibile Enpam
- di aver percepito fino al 31 dicembre 2012 altri compensi diversi dal compenso ordinario** (per esempio: *indennità di rischio, indennità di bilinguismo, eventuali rimborsi chilometrici per accessi fuori dal Comune o altro*) che rientrano nell'imponibile Enpam

anno	importo	anno	importo



- di **non aver percepito** fino al 31 dicembre 2012 **indennità per coordinamento o per responsabilità di branca**
- di **aver percepito** fino al 31 dicembre 2012 **indennità per coordinamento o per responsabilità di branca**

anno	importo	anno	importo

- che l'aliquota fiscale (*in percentuale*) applicata all'indennità di fine rapporto (premio di operosità) è stata (*indicare solo se si sceglie la liquidazione mista, e cioè capitale e rendita mensile*):

Aliquota fiscale (%) _____

Asl/Ente _____

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)