



Dichiarazione sostitutiva di Atto di Notorietà per i familiari degli iscritti deceduti

- Medici di medicina generale
- Pediatri di libera scelta
- Medici addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale

CONVENZIONATI

Come si presenta

- 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** 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.



E.N.P.A.M.

DICH.FS/SUP.MMG.CONV

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

Nome _____ Cognome _____
Data di nascita ___/___/___ a _____ prov. _____ residente a _____
prov. _____ indirizzo _____
cap. _____ tel. _____ cell. _____, in qualità di _____
(coniuge o, in sua assenza, figlio/a o, in mancanza di questo/a ascendente o collaterale fino al secondo grado) del/della
Dott./Dott.ssa _____ deceduto/a il ___/___/___

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

che il Dott. / Dott.ssa _____

ha iniziato l'attività professionale come (indicare il tipo di attività svolta) _____
il ___/___/___ presso (indicare l'ente che ha versato i contributi) _____

ha cessato l'attività professionale (indicare solo se anteriore alla data del decesso)
come (indicare il tipo di attività svolta) _____ il ___/___/___ presso (indicare l'ente che
ha versato i contributi) _____

ha 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 _____

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)