

- Fondo di previdenza generale - Quota A
- Liberi professionisti - Quota B
- 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.PENS.INV.

### Domanda di pensione d'invalidità

#### Dati del medico/odontoiatra

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Codice fiscale (obbligatorio) \_\_\_\_\_ Codice Enpam \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ Domicilio fiscale (da indicare solo se diverso dalla  
residenza) a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

#### Dati del rappresentante legale (se il modulo viene presentato da chi rappresenta legalmente l'iscritto che ha diritto alla pensione)

tutore       curatore       amministratore di sostegno       altro (specificare qualifica)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Codice fiscale (obbligatorio) \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_ 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

(ai sensi degli articoli 46, 47 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

di **esercitare** la professione medico/odontoiatrica presso \_\_\_\_\_

come

accreditato e/o convenzionato con il Ssn

dipendente

libero professionista

(indicare la specialità o il ramo professionale: per es. odontoiatra, ortopedico, etc.): \_\_\_\_\_

collaboratore coordinato e continuativo (Co.co.co)

collaboratore a progetto

altro \_\_\_\_\_

di **aver cessato** ogni attività professionale il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (in caso di libera professione indicare la data di chiusura della partita Iva \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

di **aver svolto** attività professionale **anche** nei seguenti **Stati**: \_\_\_\_\_

e di aver versato per quest'attività i contributi previdenziali presso (indicare l'ente previdenziale) \_\_\_\_\_

di **non aver presentato domanda** di pensione in totalizzazione (decreto legislativo 42/2006)

di **aver presentato domanda** di pensione a carico di un altro Ente previdenziale

(indicare l'Ente previdenziale) \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

di **essere titolare** di altra pensione presso \_\_\_\_\_ d'importo pari ad euro \_\_\_\_\_ (compresa la pensione d'invalidità civile)

di **non essere titolare** o di **non aver presentato domanda** di pensione a carico di un altro Ente previdenziale

## Chiedo

la pensione d'invalidità assoluta e permanente a carico dei Fondi di previdenza dell'Enpam

con accredito sul conto corrente bancario o sul conto corrente postale a me intestato (*non si accettano libretti postali di risparmio anche se forniti di IBAN*)

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

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

Cointestatario (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

## Allego

- copia del provvedimento di pensione con indicazione dell'importo della prestazione riconosciuta (*solo per chi è titolare o ha presentato la domanda di pensione a carico di altri enti obbligatori*)
- originale o copia autenticata della nomina a tutore/curatore/amministratore di sostegno
- copia del documento di identità

luogo e data \_\_\_\_\_

Firma (del dichiarante) \_\_\_\_\_

Parte riservata all'ufficio dell'Ordine  
 domanda consegnata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 protocollo n. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (timbro e firma per esteso del funzionario dell'Ordine)  
 (art. 38, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

## Dichiarazione per il diritto alle detrazioni d'imposta

(articoli 11, 12, e 13 del Tuir, decreto del Presidente della Repubblica 1986, n. 917 e successive modificazioni e Dpr 29 settembre 1973, n. 600)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Codice fiscale (obbligatorio) \_\_\_\_\_ Codice Enpam \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ Domicilio fiscale (da indicare solo se diverso dalla  
residenza) a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

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 essere:

- celibe/nubile
- vedovo/a dal \_\_\_\_\_
- separato legalmente dal \_\_\_\_\_
- divorziato/a dal \_\_\_\_\_
- coniugato/a dal \_\_\_\_\_

#### DATI DEL CONIUGE

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Stato \_\_\_\_\_

### Dichiaro

di aver diritto (barrare la casella):

- SI**  **NO** al beneficio delle detrazioni d'imposta in base all'Art. 13 del TUIR a decorrere dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- SI**  **NO** alle agevolazioni previste dall'Art. 11 del TUIR, perché al mio reddito complessivo concorrono, oltre ai redditi non superiori a 7.500 euro, solo redditi di terreni per un importo non superiore a 185,92 euro e il reddito dell'unità immobiliare (e delle pertinenze) adibita ad abitazione principale
- SI**  **NO** alle detrazioni previste dall'Art. 12 del TUIR per il **coniuge** a carico legalmente ed effettivamente non separato dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
- SI**  **NO** alle detrazioni previste dall'art. 12 del Tuir per i figli a carico compresi i figli adottivi, gli affidati e affiliati, che abbiano un reddito annuo **non superiore a 2.840, 51 euro** (al lordo degli oneri deducibili secondo quanto stabilito dall'articolo 10 del Tuir)

**SI**  **NO** alle detrazioni previste dall'art. 12 del Tuir per i figli a carico compresi i figli adottivi, gli affidati e affiliati, che abbiano un reddito annuo **non superiore a 2.840, 51 euro** (al lordo degli oneri deducibili secondo quanto stabilito dall'articolo 10 del Tuir)

**FIGLI A CARICO**

**1.** Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Stato \_\_\_\_\_

- Disabile Art. 3 L. 104/92 a decorrere dal \_\_\_\_\_
- al 100% a decorrere dal \_\_\_\_\_
- al 50% a decorrere dal \_\_\_\_\_
- Minore di 3 anni

**2.** Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Stato \_\_\_\_\_

- Disabile Art. 3 L. 104/92 a decorrere dal \_\_\_\_\_
- al 100% a decorrere dal \_\_\_\_\_
- al 50% a decorrere dal \_\_\_\_\_
- Minore di 3 anni

**3.** Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Stato \_\_\_\_\_

- Disabile Art. 3 L. 104/92 a decorrere dal \_\_\_\_\_
- al 100% a decorrere dal \_\_\_\_\_
- al 50% a decorrere dal \_\_\_\_\_
- Minore di 3 anni

## Dichiarazione obbligatoria in caso di 4 o più figli

### Dichiaro

di avere 4 o più figli a carico e di non avere redditi ulteriori oltre a quelli da lavoro dipendente e assimilati (articoli 49, 50 del Tuir) e a quelli che derivano dal possesso dell'unità immobiliare adibita ad abitazione principale con le relative pertinenze:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Stato \_\_\_\_\_

- Disabile Art. 3 L. 104/92 a decorrere dal \_\_\_\_\_
- al 100% a decorrere dal \_\_\_\_\_
- al 50% a decorrere dal \_\_\_\_\_
- Minore di 3 anni

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Stato \_\_\_\_\_

- Disabile Art. 3 L. 104/92 a decorrere dal \_\_\_\_\_
- al 100% a decorrere dal \_\_\_\_\_
- al 50% a decorrere dal \_\_\_\_\_
- Minore di 3 anni

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Stato \_\_\_\_\_

- Disabile Art. 3 L. 104/92 a decorrere dal \_\_\_\_\_
- al 100% a decorrere dal \_\_\_\_\_
- al 50% a decorrere dal \_\_\_\_\_
- Minore di 3 anni

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Stato \_\_\_\_\_

- Disabile Art. 3 L. 104/92 a decorrere dal \_\_\_\_\_
- al 100% a decorrere dal \_\_\_\_\_
- al 50% a decorrere dal \_\_\_\_\_
- Minore di 3 anni

SI  NO alle detrazioni previste dall'art. 12 del Tuir per altri familiari a carico compresi che abbiano un reddito annuo

**non superiore a 2.840,51 euro** (al lordo degli oneri deducibili secondo l'quanto stabilito dall'art. 10 del Tuir)

**ALTRI FAMILIARI in base all'art. 433 Cod. Civile**

1. Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Stato \_\_\_\_\_

al 100% a decorrere dal \_\_\_\_\_

al 50% a decorrere dal \_\_\_\_\_

2. Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Stato \_\_\_\_\_

al 100% a decorrere dal \_\_\_\_\_

al 50% a decorrere dal \_\_\_\_\_

3. Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Stato \_\_\_\_\_

al 100% a decorrere dal \_\_\_\_\_

al 50% a decorrere dal \_\_\_\_\_

**Non potendo beneficiare delle detrazioni d'imposta** previste dall'articolo 13 del Tuir chiedo che la Fondazione Enpam applichi un'aliquota di tassazione più elevata di quella assegnata all'imponibile Enpam e che venga quindi applicata un'aliquota del \_\_\_% con conseguente conguaglio Irpef a debito

**Attenzione:** per i titolari di più trattamenti pensionistici l'Enpam applica l'aliquota fiscale comunicata dal Casellario Inps tenendo conto del reddito annuo complessivo da pensione

luogo e data \_\_\_\_\_

firma (del dichiarante) \_\_\_\_\_

### 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).

Mi impegno a comunicare all'Enpam tutti i cambiamenti che incidono nella determinazione della detrazione entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento

luogo e data \_\_\_\_\_

firma (del dichiarante) \_\_\_\_\_

Parte riservata all'ufficio dell'Ordine  
domanda consegnata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

protocollo n. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma per esteso del funzionario dell'Ordine)  
(art. 38, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

