



**FONDO DI PREVIDENZA GENERALE  
SUPERSTITI  
DOMANDA DI PRESTAZIONE  
ASSISTENZIALE PER  
CALAMITÀ NATURALI**

DA PRESENTARE PER IL TRAMITE DELL'ORDINE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Spett.le E.N.P.A.M.  
SERVIZIO ASSISTENZA  
Via Torino, 38  
00184 - ROMA

ASSISTENZA

Il/la Sottoscritto/a

Cognome

Nome

Codice fiscale

Codice ENPAM

**CHIEDE al FONDO DI PREVIDENZA GENERALE "QUOTA A":**

**prestazione straordinaria per calamità naturale:**

(allegare perizia giurata dalla quale risultino i danni subiti)

**concorso nel pagamento degli oneri per interessi su mutui edilizi:**

(concesso per l'acquisto, la ricostruzione o la riparazione della casa di abitazione demolita o sgomberata).

**Nota bene:** i sussidi vengono concessi esclusivamente se l'immobile costituisce la prima abitazione e se il richiedente è titolare di un diritto di proprietà o di usufrutto su di esso.

**Consapevole delle responsabilità civili e penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,**

**DICHIARA**

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ ;  
 di essere residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_  
 in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_/\_\_\_\_ ;  
 che l'evento calamitoso è avvenuto in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ ;  
 di essere Vedovo/a Orfano/a del Dott. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 deceduto/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ iscritto all'Albo Professionale di \_\_\_\_\_ fino  
 al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ .

che il proprio stato civile e familiare è il seguente:

celibe/nubile     separato/a     coniugato/a     vedovo/a

<b>Cognome e nome del coniuge</b>	<b>Data e luogo di nascita</b>
_____	_____

**Altre persone conviventi:**

TIPO DI PARENTELA	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO	PROV.

## CHIEDE

che la liquidazione del trattamento assistenziale avvenga con le seguenti modalità:

**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.	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO
IBAN:	□□	□□	□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□
BIC:	□□□□□□□□□□			(per pagamento verso Paesi Europei)		

cointestato con: \_\_\_\_\_

ALLEGA la documentazione indicata sul retro del modello.

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 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)

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA (in carta libera):**

1. Copia stato di famiglia;
2. Perizia giurata dalla quale risultino i danni subiti e la loro diretta dipendenza dalla calamità naturale;
3. Copia contratto di mutuo e dichiarazione sostitutiva di atto notorio dalla quale risulti che per il mutuo richiesto non è stato percepito altro contributo;
4. Copia atto di proprietà (o di usufrutto) dell'immobile per il quale si richiede il sussidio;
5. Copia documento di identità.

**“AVVERTENZE”**

1. Il modulo va compilato in ogni sua parte;
2. L'indicazione del codice fiscale è obbligatoria per legge. L'Ente non potrà procedere alla liquidazione del trattamento senza tale dato;
3. In caso di incapacità oppure comunque di impossibilità alla compilazione ed alla sottoscrizione del presente modulo, tali incombenze dovranno essere svolte dal legale rappresentante (tutore o procuratore).