

**Spett.le E. N. P. A. M.  
SERVIZIO CONTRIBUTI  
TRASMISSIONE  
VIA FAX  
N° 06.48.294.922**

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'  
( ai sensi dell'art. 76 del D. P. R. 28 dicembre 2000 n. 445 )**

Il/la sottoscritto/a ..... pensionato del Fondo  
Generale dal ...../...../..... Codice E.N.P.A.M.  
....., ai sensi della Delibera n° 46 del Consiglio di Amministrazione  
dell'E.N.P.A.M. del 24 luglio 2009

- **chiede** di conservare l'iscrizione al Fondo di Previdenza Generale
- **opta** per il versamento nella misura del (barrare la casella con l'aliquota scelta)

|        |
|--------|
| 12,50% |
|--------|

|    |
|----|
| 2% |
|----|

- consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, **dichiara** di aver prodotto i seguenti redditi professionali derivanti dall'esercizio dell'attività medica ed odontoiatrica, al netto delle spese necessarie per produrli:

***(non devono essere dichiarati i redditi già soggetti a contribuzione ENPAM derivanti dall'attività di medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, addetto ai servizi di continuità assistenziale, specialista ambulatoriale, specialista esterno)***

| <b>Anno di<br/>produzione<br/>del reddito</b> | <b>Reddito professionale<br/>netto in cifre</b> | <b>Reddito professionale<br/>netto in lettere</b> |
|---|---|---|
| <b>2004</b>                                   |   |   |
| <b>2005</b>                                   |   |   |
| <b>2006</b>                                   |   |   |
| <b>2007</b>                                   |   |   |
| <b>2008</b>                                   |   |   |

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N. B. La presente dichiarazione deve essere corredata della **copia di un documento d'identità** in corso di validità e può essere trasmessa tramite fax al n. **06.48.294.922**. Per ulteriori informazioni può essere contattato il numero telefonico **06.4829.4829**.