

DA PRESENTARE DOPO IL COMPIMENTO DEL 65° ANNO DI ETÀ

**DOMANDA DI RESTITUZIONE  
FONDO DI**



**DEI CONTRIBUTI  
PREVIDENZA GENERALE**

Alla Fondazione E.N.P.A.M.  
DIPARTIMENTO DELLA PREVIDENZA  
SERVIZIO PRESTAZIONI  
FONDO GENERALE  
Via Torino, 38  
00184 ROMA

\_\_L\_\_ Sottoscritt\_ Dr. \_\_\_\_\_  
cognome nome

□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□/□□□□  
(Codice fiscale) (Codice ENPAM)

Non essendo in possesso dei requisiti di anzianità minima contributiva prevista per il pensionamento

**CHIEDE**

la restituzione dei contributi versati al Fondo di Previdenza Generale.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

**DICHIARA**

❖ di essere nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

❖ di essere residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) C.A.P. □□□□□

in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_

di aver conseguito il diploma di laurea il \_\_\_\_\_;

di essere stato iscritto all'O.M. e degli Odontoiatri di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

di aver svolto l'attività medica e/o odontoiatra anche nei seguenti Stati:

\_\_\_\_\_;

versando i relativi contributi previdenziali ai seguenti Istituti:

\_\_\_\_\_;

**chiede** che l'importo delle prestazioni venga corrisposto 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.	C I N	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO
<b>IBAN:</b>	□□	□□	□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□
<b>BIC:</b>	□□□□□□□□□□			<b>(per pagamento verso Paesi Europei)</b>		

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

\_\_1\_\_ sottoscritt\_\_ **DICHIARA**, infine, di essere informat\_ , ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 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.

**data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

- INVIO PER POSTA**  
Allegare fotocopia non autenticata del documento d'identità (ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000).
  
- PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO**  
La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del Sig. \_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_

(firma del dipendente addetto)

▸ **N.B.: allegare fotocopia del tesserino di codice fiscale** ◀

## **“Avvertenze”**

La dichiarazione può essere inviata per posta o fax, firmata e accompagnata dalla fotocopia del Suo documento di riconoscimento (Art. 38 del T.U. sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000).