

Fondazione E.N.P.A.M  
DIPARTIMENTO DELLA PREVIDENZA  
Servizio Prestazioni Fondo Generale  
Ufficio Indennità di Maternità  
Via Torino, 38  
00184 - ROMA

La sottoscritta .....chiede a codesto Ente la  
corresponsione dell'indennità di:

MATERNITÀ

ADOZIONE

ABORTO

prevista a mente dell'art.70, così come modificato dalla legge 15.10.2003 n° 289, e segg. (indennità di maternità per le libere professioniste) del *Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità a norma dell'art.15 della legge 8 marzo 2000 n.53*, emanato con D.Lgs. n.151 del 26 marzo 2001, ed a tal fine

### DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000, consapevole delle sanzioni penali, previste dalla legge, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dal successivo art. 76, sotto la propria responsabilità:

- di essere nata a .....(Prov. ....) il ...../...../.....
- di essere residente a ..... (Prov. ....)
- Via .....cap. .... Tel...../.....
- di avere il domicilio fiscale a .....
- codice fiscale ..... codice ENPAM.....
- che la data di inizio della gravidanza è ....., la data presunta del parto è .....
- che il parto è avvenuto in data .....
- OVVERO: che l'aborto è avvenuto in data .....
- OVVERO: che la data dell'ingresso del bambino in famiglia è il .....
- di essere iscritta all'O.M. e degli Odontoiatri di ..... dal .....

**inoltre, DICHIARA di non aver diritto alle indennità di maternità di cui al capo III (trattamento economico e normativo delle lavoratrici madri dipendenti) ed al capo XI (indennità di maternità per le lavoratrici autonome) del T.U., emanato con D.Lgs. n. 151/2001, e di non aver presentato domanda di indennità presso altri Enti previdenziali ed inoltre,**

### ATTESTA ATTUALMENTE DI

(barrare la casella che interessa)

non svolgere alcun tipo di attività professionale.....;

essere titolare di borsa di studio per.....;

- essere libera professionista e di svolgere la/le seguente/i attività .....
- .....;
- essere titolare di rapporto di collaborazione coordinata e continuativa e di svolgere la/le seguente/i attività: .....
- .....;
- svolgere l'attività professionale in regime di convenzione in qualità di medico di medicina generale o di pediatra di libera scelta.....;
- svolgere l'attività convenzionale quale addetta ai servizi di continuità assistenziale o di emergenza territoriale, senza essere transitata a rapporto di dipendenza.....;
- svolgere l'attività professionale in qualità di titolare di rapporto in convenzione (con esclusione delle iscritte che siano transitate a rapporto di dipendenza) per la specialistica ambulatoriale ovvero per la medicina dei servizi e di aver fruito di sospensione remunerata dal ...../...../..... al ...../...../.....;
- essere specialista esterna titolare di accreditamento con il sistema sanitario pubblico;
- aver percepito nel secondo anno precedente quello dell'evento e denunciato ai fini fiscali un reddito di Euro ..... come risulta dall'allegata documentazione;

**E CHIEDE**

che il pagamento dell'indennità spettante avvenga mediante:

ACCREDITO sul c/c  BANCARIO o  POSTALE acceso a proprio nome o cointestato  
 Istituto Bancario/Altro.....  
 Filiale Agenzia N. ....di .....

| CIN                                       | ABI                                       | CAB                                       | NUMERO C/C                                |
|---|---|---|---|
| 1 LETTERA                                 | 5 NUMERI                                  | 5 NUMERI                                  | 12 CARATTERI ALFANUMERICI                 |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> |

**DICHIARA**, infine, di essere informata, ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/96, 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 della dichiarante)

---

## □ 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. \_\_\_\_\_

(Firma dell'impiegato addetto)

### AVVERTENZE

La domanda va presentata alla Fondazione Enpam in caso di gravidanza a partire dal 6° mese compiuto, in caso di aborto verificatosi non prima del 3° mese di gravidanza o per l'ingresso del bambino adottato o affidato, comunque **entro e non oltre il termine perentorio di 180 giorni dal parto, dall'aborto o dall'ingresso del bambino in famiglia.**

Qualsiasi variazione di rapporto professionale che possa influire sul diritto alla prestazione (ad es. inizio di rapporto di lavoro dipendente, ecc.), ricadente nel periodo teoricamente assistibile, dovrà essere **comunicata tempestivamente** a questo Ente.

**N.B.: Si prega di apporre la propria firma su ogni foglio.**

### DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA

- Copia della dichiarazione (Modello fiscale) relativa ai redditi del secondo anno precedente a quello dell'evento, completa di ogni quadro utilizzato per la denuncia dei redditi professionali nonché copia delle certificazioni rilasciate da tutti i sostituti d'imposta attestanti le ritenute fiscali effettuate. Ciascun foglio di detta dichiarazione e dei relativi allegati dovrà recare la seguente annotazione apposta e sottoscritta dall'istante: "copia conforme all'originale con allegata comunicazione dell'Amministrazione Finanziaria di avvenuto ricevimento ex art. 3, comma 10, D.P.R. n. 322/1998, ovvero con firma dell'intermediario abilitato alla trasmissione". (per i redditi eventualmente

- Copia della dichiarazione (U50) relativa ai redditi di Società di persona;

ed inoltre, in originale o copia autentica (in carta semplice):

A) PER LE DOMANDE DI INDENNITA' DI MATERNITA':

- certificato medico (in originale) comprovante la data d'inizio della gravidanza e la data presunta del parto. In caso di presentazione successiva al parto (e comunque non oltre il 180° giorno dall'evento tutelato) certificare sul presente modulo di domanda, ai sensi dell'art.46 del D.P.R. n. 445/2000, attestante la data di nascita del bambino;

B) PER LE DOMANDE DI INDENNITA' DI ABORTO:

- certificato medico in originale, rilasciato dalla A.S.L. o dalla casa di cura accreditata che ha fornito le prestazioni sanitarie, attestante la data d'inizio della gravidanza e comprovante il giorno dell'avvenuta interruzione della gravidanza;

C) PER LE DOMANDE DI INDENNITA' DI ADOZIONE O AFFIDAMENTO:

- copia autenticata del provvedimento di adozione o di affidamento, valido nel territorio dello Stato Italiano, da cui risulti anche la data di nascita del/della minore;

PER LE ISCRITTE TITOLARI DI RAPPORTO IN CONVENZIONE PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E/O PER LA MEDICINA DEI SERVIZI :

- certificato (in originale), attestante la data d'inizio e di fine del periodo tutelabile *ex lege* già remunerato dalla/dalle A.S.L./AA.SS.LL.
-