

**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)

Anno di produzione del reddito	Reddito professionale netto in cifre	Reddito professionale netto in lettere
2004		
2005		
2006		
2007		
2008		

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**.