

**DOMANDA DI PRESTAZIONE  
PER CALAMITÀ NATURALI RELATIVA  
ALL'EPIDEMIA CORONAVIRUS  
FONDO DELLA LIBERA PROFESSIONE  
SUSSIDIO PER LO STATO DI QUARANTENA  
CON SORVEGLIANZA ATTIVA  
O IN PERMANENZA DOMICILIARE  
CON SORVEGLIANZA SANITARIA**

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

Spett.le Fondazione Enpam  
SERVIZIO ASSISTENZA  
p.zza Vittorio Emanuele II, n° 78  
00185 - Roma

**MOD.SPG-CV/LIB.PROF**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Codice ENPAM \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**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. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ;  
di essere attualmente iscritto/a all'O.M. e degli Odontoiatri di: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ;

**DICHIARA**

**di essere o di essere stato sottoposto dall'Autorità sanitaria territorialmente competente:**

(indicare le date per la sola restrizione cui si è stati sottoposti, a o b)

- a) in quarantena con sorveglianza attiva dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ;  
b) in permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ;  
e dunque, in conseguenza di quanto sopra, di avere dovuto interrompere la propria attività libero-professionale, non percependo, per il periodo suddetto, alcun reddito;

- di svolgere **esclusivamente** attività libero-professionale in qualità di \_\_\_\_\_  
con studio sito in \_\_\_\_\_ ;
- di aver aderito al regime dei contribuenti minimi (art. 27 del decreto legislativo n. 98 del 2011 convertito in legge n.111/2011)
- di aver aderito al regime forfettario

**CHIEDE**

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

**mediante accredito sul c/c bancario o postale accesso a proprio nome presso:**

ISTITUTO DI CREDITO / UFF.POSTALE \_\_\_\_\_

FILIALE/AGENZIA N° \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_ (località)

	Codice Nazione	CIN internz	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO
<b>IBAN:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>BIC:</b>	<input type="text"/>					(per pagamento verso Paesi europei)

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

ALLEGA la documentazione indicata sul retro del modello.

Dichiara inoltre di aver preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 pubblicata sul sito della Fondazione (all'indirizzo [www.enpam.it/privacy](http://www.enpam.it/privacy)). Dichiara altresì di aver portato a conoscenza dei familiari coinvolti le caratteristiche del trattamento dei loro dati personali e di averne ottenuto il consenso.

Consapevole che il trattamento riguarderà anche dati sensibili e che il rifiuto comporterà l'impossibilità di fruire dei relativi servizi/benefici, esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili nei limiti e per le finalità precisate nell'informativa.

luogo e data \_\_\_\_\_ firma (per esteso del dichiarante) \_\_\_\_\_

Parte riservata all'ufficio

dichiarazione consegnata il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso del funzionario dell'Enpam)

(art. 38, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

**RISERVATO ALL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI:**

\_\_\_\_\_

Sulla richiesta si esprime parere \_\_\_\_\_ per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ IL PRESIDENTE \_\_\_\_\_

**(Si prega di esprimere un parere autonomo e circostanziato basato sugli elementi di conoscenza diretta del caso)**

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

1. Copia documento di identità.

**AVVERTENZE**

1. Compilare il modulo in ogni sua parte. precisare il tipo di attività libero-professionale svolta dal medico (ad esempio odontoiatra, pediatra, ecc...);
2. L'indicazione del codice fiscale è obbligatoria per legge. l'ente non potrà procedere alla liquidazione del trattamento senza tale dato;
3. Nel caso in cui l'iscritto ricada nuovamente nella condizione dichiarata, dovrà presentare una nuova domanda;
4. La domanda, compilata e corredata della prescritta documentazione, dovrà essere trasmessa all'enpam, esclusivamente attraverso l'Ordine dei Medici e degli odontoiatri della provincia dove il sanitario risulta iscritto.

**Informativa sul trattamento dei dati personali per le attività assistenziali**  
(come previsto dagli articoli 13 e 14 del Regolamento generale sulla protezione dei dati Ue 2016/679, in breve "Rgpd", in inglese "Gdpr")

<b>Contatti</b>	Titolare del trattamento dei dati: Fondazione Enpam, Piazza Vittorio Emanuele II, n. 78 – 00185 Roma, email: <a href="mailto:privacy@enpam.it">privacy@enpam.it</a> . Responsabile della protezione dei dati (Rpd): posta cartacea presso la sede del Titolare; email: <a href="mailto:dpo@enpam.it">dpo@enpam.it</a> ; pec: <a href="mailto:dpo@pec.enpam.it">dpo@pec.enpam.it</a> .
<b>Finalità del trattamento</b>	Adempimenti conseguenti alla richiesta di prestazioni assistenziali
<b>Base giuridica</b>	Esecuzione di: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ compiti di interesse pubblico di cui è investita la Fondazione (articolo 6 paragrafo 1 lettera e) Rgpd);</li> <li>■ obblighi che derivano da disposizioni di legge (articolo 6 paragrafo 1 lettera c) Rgpd);</li> <li>■ prestazioni richieste dall'interessato (articolo 6 paragrafo 1 lettera b) Rgpd);</li> <li>■ diritti da far valere o difendere in sede giudiziaria (articolo 6 paragrafo 1 lettera f) e dell'articolo 9 paragrafo 2 lettera g) Rgpd).</li> </ul> Il trattamento di categorie particolari di dati è necessario per motivi di interesse pubblico (articolo 9 paragrafo 2 lettera g) Rgpd; Autorizzazione n. 3/2016 al trattamento dei dati sensibili da parte degli organismi di tipo associativo e delle fondazioni).
<b>Categorie di dati trattati</b>	Dati comuni e categorie particolari (dati anagrafici e relativi al reddito, alla situazione lavorativa e allo stato di salute)
<b>Periodo di conservazione</b>	I dati vengono conservati il tempo necessario a realizzare le finalità per cui sono stati raccolti, fatta eccezione per i casi in cui la legge impone che i dati devono essere conservati per un periodo più lungo.
<b>Categorie di destinatari</b>	Persone autorizzate e designati, responsabili o altri titolari esterni (es. banche, recupero crediti); componenti degli organi statutari; enti o organismi pubblici.
<b>I diritti degli interessati</b>	L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli che vanno dal 15 al 21 del Rgpd usando i moduli pubblicati su <a href="http://www.enpam.it/privacy">www.enpam.it/privacy</a>
<b>Informazioni aggiuntive ed estese</b>	Per maggiori dettagli, consultare <a href="http://www.enpam.it/privacy">www.enpam.it/privacy</a> .

**Informativa per i familiari**

<b>Contatti</b>	Titolare del trattamento dei dati: Fondazione Enpam, Piazza Vittorio Emanuele II, n. 78 – 00185 Roma, email: <a href="mailto:privacy@enpam.it">privacy@enpam.it</a> . Responsabile della protezione dei dati (Rpd): posta cartacea presso la sede del Titolare; email: <a href="mailto:dpo@enpam.it">dpo@enpam.it</a> ; pec: <a href="mailto:dpo@pec.enpam.it">dpo@pec.enpam.it</a> .
<b>Finalità del trattamento</b>	Erogazione di servizi, esecuzione di prestazioni richieste da un iscritto, da un dipendente o da un collaboratore a beneficio di familiari.
<b>Base giuridica</b>	A seconda dei casi: 1. consenso al trattamento (articolo 9 paragrafo 2 lettera a) Rgpd), se si tratta di categorie particolari di dati; 2. consenso al trattamento (articolo 6 paragrafo 1 lettera a) Rgpd e articolo 9 paragrafo 2 lettera a) Rgpd) se si tratta di finalità che non rientrano in altre basi giuridiche; 3. obblighi e diritti specifici della Fondazione o degli interessati in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale (articolo 9, paragrafo 2 lettera b) Rgpd); 4. esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali (articolo 6 paragrafo 1 lettera b) Rgpd); 5. obbligo di legge (articolo 6 paragrafo 1 lettera c) Rgpd); 6. esecuzione di un compito di interesse pubblico, come nel caso di trattamenti connessi a finalità di previdenza e assistenza (articolo 6 paragrafo 1 lettera e) Rgpd e articolo 9 paragrafo 2 lettera g) Rgpd); 7. legittimo interesse dell'iscritto, del dipendente o del collaboratore che fa la richiesta (articolo 6 paragrafo 1 lettera f) Rgpd).
<b>Fonte da cui hanno origine i dati personali</b>	Dati comuni e categorie particolari (dati anagrafici e relativi al reddito, alla situazione lavorativa e allo stato di salute)
<b>Categorie di dati trattati</b>	Dati personali comuni e categorie particolari.
<b>Periodo di conservazione</b>	I dati vengono conservati il tempo necessario a realizzare le finalità per cui sono stati raccolti, fatta eccezione per i casi in cui la legge impone che i dati devono essere conservati per un periodo più lungo.
<b>Categorie di destinatari</b>	Persone autorizzate e designati, responsabili o altri titolari esterni (es. banche, recupero crediti); componenti degli organi statutari; enti o organismi pubblici.
<b>I diritti degli interessati</b>	L'interessato può esercitare i diritti come previsto dall' articolo 14, paragrafo 2, lettere c), d), e), e dagli articoli che vanno dal 15 al 21 usando i moduli pubblicati su <a href="http://www.enpam.it/privacy">www.enpam.it/privacy</a>
<b>Informazioni aggiuntive ed estese</b>	Per maggiori dettagli, consultare l'indirizzo <a href="http://www.enpam.it/privacy">www.enpam.it/privacy</a> .