

RICHIESTA E.N.P.A.M.

Sezione Provinciale FIMMG di _____

Cognome																									
Nome																									
Nato a											Prov.			Il			/			/					
Codice E.N.P.A.M.																									
Codice fiscale																									
Residente in											Prov.			CAP											
Via/Piazza											Tel.														
Altri recapiti											E.mail														

Delega la FIMMG Nazionale a richiedere per suo conto le informazioni previdenziali dei contributi versati alla Fondazione E.N.P.A.M.

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 sulle finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà dati "sensibili" di cui ho appreso il significato (art.4 comma 1 lett. d e art.26 D.lgs. 196/2003), autorizzo il trattamento dei dati di cui sopra, nonché di quelli contenuti nella documentazione da me prodotta con riferimento alla richiesta sotto indicata, da parte degli uffici della FIMMG per inoltrare e seguire l'iter della pratica agli uffici dell'ENPAM e viceversa, preposti all'adempimento degli obblighi e delle procedure previsti dalla legge.

Data, _____ Firma _____

Autorizzo Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 e successive modifiche la Fondazione E.N.P.A.M. al trattamento dei dati personali per l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa di Legge.

Data, _____ Firma _____

	Richiesta strisciata storica contributi e ipotesi di pensione a 65 anni
	Richiesta strisciata storica contributi e ipotesi di pensione (di anzianità)
	Richiesta strisciata storica contributi e ipotesi di pensione per invalidità permanente
	Richiesta riscatto anni di laurea <i>(Compilare i moduli ENPAM + fotocopia documento)</i>
	Richiesta riscatto di allineamento <i>(Compilare i moduli ENPAM + fotocopia documento)</i>
	Richiesta riscatto militare/civile <i>(Compilare i moduli ENPAM + fotocopia documento)</i>
	Domanda Invalidità temporanea malattia <i>(Compilare i moduli ENPAM + fotocopia documento)</i>
	Richiesta domanda di ricongiunzione <i>(Compilare i moduli ENPAM + fotocopia documento)</i>
	Richiesta informazioni sinistro polizza sanitaria convenzione ENPAM Data invio raccomandata di chiusura sinistro _____ <i>(con allegata documentazione completa, compilare i moduli Fimmg)</i>
	Richiesta informazioni per _____

Allegati: _____

N.B. Perché sia valida la richiesta, il modulo deve essere compilato (in stampatello) e firmato in tutte le sue parti.

La richiesta deve essere fatta tramite la propria Sezione Provinciale FIMMG

Inviare al fax 0654896659/0654896266