

Raccomandata A/R

DICH. QB.CR.

Spett.le E. N. P. A. M.
SERVIZIO CONTRIBUTI
Ufficio Posizioni Contributive
e Gestione Dichiarazioni
Via Torino 38 – 00184 Roma

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'
(ai sensi dell'art. 76 del D. P. R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Con riferimento alla delibera del Consiglio di Amministrazione n. 54/09, il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____ Codice E.N.P.A.M. _____, 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

MESE / ANNO

- che dal ____/____ a tutt'oggi è soggetto ad altra forma di previdenza obbligatoria, ovvero è titolare di un trattamento pensionistico;
- che ha prodotto i seguenti redditi professionali derivanti dall'esercizio dell'attività medica ed odontoiatrica, al netto delle spese necessarie per produrli:

(N.B.: non devono essere dichiarati i redditi già soggetti a contribuzione E.N.P.A.M. 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. Per ulteriori informazioni possono essere contattati i seguenti numeri: tel. 06.4829.4829 - fax 06.4829.4922.