

## Domanda per l'indennità di gravidanza a rischio

- Medici di medicina generale
- Pediatri di libera scelta
- Medici addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale

### Che cos'è l'indennità per gravidanza a rischio?

È un trattamento economico per le donne medico che sospendono l'attività professionale a causa di una gravidanza a rischio.

Se l'attività professionale viene sospesa per **più di 6 mesi continuativi**, la domanda di indennità di invalidità **esonera** dal pagamento del contributo per la **Quota A** (Fondo di previdenza generale).

### Chi può chiederla?

Tutte le professioniste che:

- sono titolari di un rapporto convenzionale in corso (anche a tempo determinato o di sostituzione)
- hanno dovuto sospendere tutte le attività professionali a causa di una gravidanza a rischio

### Quando decorre l'indennità per gravidanza a rischio?

L'indennità viene calcolata dal giorno in cui viene diagnosticata la gravidanza a rischio e viene pagata fino ai **2 mesi** che precedono **la data presunta del parto**, quando cioè inizia il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro. L'astensione obbligatoria dura 5 mesi e in questo periodo si ha diritto all'indennità di maternità.

Il modulo per richiedere l'**indennità di maternità** si trova su <http://www.enpam.it/modulistica/prestazioni/fondo-generale>

**Attenzione:** L'indennità di gravidanza a rischio per le **Specialiste ambulatoriali** e i **Medici della medicina dei servizi** è pagata direttamente dalle Asl. In caso di contratto a tempo determinato l'indennità viene garantita per un massimo di 3 mesi.

### Come si presenta la domanda?

- Si può inviare **per posta** o **per fax** a: Fondazione ENPAM  
Ufficio Inabilità Temporanea  
Via Torino 38-00184 ROMA  
fax: 06 482 946 02

In questo caso è necessario allegare la **fotocopia** del **documento di identità**

- Si può **consegnare all' Enpam** - Ufficio Accoglienza e relazioni con il pubblico, via Torino - 100, Roma  
Orari: lunedì – giovedì: 9,00-13,00; 14,30-17,00; venerdì: 9,00-12,30  
In questo caso il modulo deve essere firmato alla presenza di un funzionario dell'Enpam
- Si può **consegnare all'Ordine dei Medici a cui si è iscritte**

**Attenzione:** L'indennità viene pagata entro 120 giorni dalla ricezione della **domanda completa dei documenti** richiesti.

## Domanda per l'indennità di gravidanza a rischio

- Medici di medicina generale
- Pediatri di libera scelta
- Medici addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale

protocollo

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Codice Enpam \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Nata il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere sono previste sanzioni penali e civili e la perdita dei benefici conseguiti (articoli 76 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

### Dichiaro

di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_;  
di essere iscritta all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_;  
di essere titolare di un rapporto convenzionale in corso come *(indicare la categoria)*:

Medico di medicina generale con un incarico *(indicare la tipologia di contratto)*:

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato
- di sostituzione

Pediatra di libera scelta con un incarico *(indicare la tipologia di contratto)*:

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato
- di sostituzione

Medico addetto alla continuità assistenziale con un incarico *(indicare la tipologia di contratto)*:

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato
- di sostituzione

Medico addetto all'emergenza territoriale con un incarico *(indicare la tipologia di contratto)*:

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato
- di sostituzione

e di **prestare servizio presso** *(è necessario indicare l'ufficio, la struttura (Asl/Ente) e i recapiti precisi a cui l'Enpam deve rivolgersi per reperire i dati necessari; articolo 15, Legge 12 novembre 2011, n. 183, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato)*

Azienda Sanitaria di \_\_\_\_\_ Distretto di \_\_\_\_\_  
ufficio (indicare il nome del servizio) \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria di \_\_\_\_\_ Distretto di \_\_\_\_\_  
ufficio (indicare il nome del servizio) \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria di \_\_\_\_\_ Distretto di \_\_\_\_\_  
ufficio (indicare il nome del servizio) \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

## Dichiaro

di aver sospeso a causa di una gravidanza a rischio tutte le attività professionali (come convenzionata, libera professionista, dipendente) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;  
di non aver ripreso l'attività professionale;  
di aver ripreso l'attività professionale il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ .

Dichiaro di essere informata, così come previsto dalla legge, che i dati personali raccolti verranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento (articolo 13 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali).

## Chiedo

l'accredito dell'indennità sul conto corrente bancario a me intestato:

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

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

## Allego

- **certificato medico in originale** dello specialista ginecologo con diagnosi, data presunta del parto e prognosi;
- **fotocopia delle buste paga** dei 3 mesi che precedono la sospensione dell'attività per gravidanza a rischio;
- **fotocopia del documento di identità**

luogo e data \_\_\_\_\_

Firma (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)