



Associazione di Diritto Privato

Via Mantova, 1

00198 - Roma

C.F. 80021670585

DOMANDA DI ESONERO

art. 22 e 32 Legge 29 gennaio 1986 n. 21 - art. 2 del Regolamento di disciplina delle funzioni di previdenza

Il/la sottoscritt _____ nat_ il __/__/____/____
a _____, (prov. _____),
codice fiscale _____, abilitat_ come
Dottore Commercialista, iscritt_ alla Sezione A della Albo dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili
dell'Ordine di _____

CHIEDE

di essere esonerato dall'iscrizione alla Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti in quanto:

(barrare la casella dell'ipotesi che ricorre)

☐ **A.** è in possesso della partita IVA (individuale e/o di studio associato) n. _____, codice attività n. _____ dal
____/____/____ e iscritto alla seguente forma di previdenza obbligatoria
_____ dal ____/____/____ in conseguenza della diversa attività
svolta di _____;

☐ **B.** è in possesso della partita IVA (individuale e/o di studio associato) n. _____, codice attività n. _____ dal
____/____/____ e beneficiario di trattamento pensionistico erogato da
_____ dal ____/____/____ in conseguenza della diversa attività
svolta di _____;

☐ **C.** è in possesso della partita IVA (individuale e/o di studio associato) n. _____, codice attività n. _____ dal
____/____/____ e con la presente comunica l'opzione per l'iscrizione alla Cassa di previdenza
_____ a far tempo dal ____/____/____ in quanto iscritto anche
all'Albo relativo alla professione di _____.

A tal fine, consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità nonché della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

- 1) che il proprio studio si trova in _____,
comune di _____, (prov. _____),
Via _____, n. _____
c.a.p. _____, tel. _____, tel. cell. _____;
- 2) di avere la propria residenza anagrafica (domicilio fiscale) in _____,
comune di _____, (prov. _____), Via _____,
n. _____, tel. _____;
- 3) di voler ricevere ogni comunicazione, avvisi certificati e ogni altra informazione di carattere istituzionale da parte della CNPADC al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____ ai sensi dell'articolo 16, comma 9, del D. L. n. 185/2008, convertito con L. n. 2/2009;

ALLEGA

- fotocopia di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità;
- copia del certificato di iscrizione alla sezione A dell'Albo dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili **CHE ATTESTI L'ABILITAZIONE DI DOTTORE COMMERCIALISTA E LA DECORRENZA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO;**
- copia del modello di attribuzione della partita IVA (individuale e/o di studio associato) e copia della dichiarazione di inizio attività ai fini IVA;
- copia atto costitutivo o copia atto modificativo dello studio associato (*se ricorre l'ipotesi*);
- copia documentazione comprovante l'iscrizione ad altro Ente di Previdenza obbligatorio o certificato di servizio rilasciato dal datore di lavoro (*se ricorre l'ipotesi A*);
- copia del cedolino di pensione o della documentazione comprovante la titolarità del trattamento pensionistico (*se ricorre l'ipotesi B*);
- copia della documentazione comprovante l'iscrizione ad altra Cassa professionale (*se ricorre l'ipotesi C*).

Data _____

Firma _____
(per esteso e leggibile)



Il/la sottoscritt____, ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, letta l'Informativa sul trattamento dei dati pubblicata, ai sensi dell'art. 13 del medesimo decreto, sul sito www.cnpadc.it, autorizza espressamente il trattamento dei dati dichiarati nella presente domanda da parte della CNPADC e dei terzi ai quali la stessa li comunicherà per la gestione e corretta esecuzione della presente domanda e per le altre finalità connesse all'adempimento degli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dallo Statuto della CNPADC medesima.

Data _____

Firma _____

(per esteso e leggibile)

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte ed inviato alla CNPADC tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo Servizio.supporto@pec.cnpadc.it (ATTENZIONE: sarà accettato esclusivamente il modulo inviato dall'indirizzo di posta elettronica certificata indicato nel presente modulo) o tramite raccomandata A/R all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1, 00198.