



Associazione di Diritto Privato

Via Mantova, 1

00198 - Roma

C.F. 80021670585

COMUNICAZIONE DI NON POSSESSO DELLA PARTITA IVA

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 _____, 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

(barrare l'ipotesi che ricorre)

☐ di non aver intrapreso l'esercizio dell'attività professionale di Dottore Commercialista né in forma associata né individuale e, quindi, di non essere in possesso della partita Iva con codice attività 692011 o assimilabili;

☐ di essere già esonerato dall'iscrizione alla Cassa e di aver cessato l'attività professionale con chiusura della partita I.V.A. (individuale e/o dello studio associato) n. _____ dal ____/____/____;

- di avere la propria residenza anagrafica (domicilio fiscale) in _____, comune di _____, (prov. _____), Via _____, n. _____, tel. _____, tel. cell. _____;
- 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** *(se ricorre l'ipotesi A)*;



- copia di chiusura della partita IVA (individuale e/o di studio associato) o copia del recesso dallo studio associato (*se ricorre l'ipotesi B*).

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.