



Associazione di Diritto Privato
Via Mantova, 1
00198 - Roma
C.F. 80021670585

COMUNICAZIONE DI NON POSSESSO DELLA PARTITA IVA

Il/la sottoscritt _____ nat il ____/____/____

_____, (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 in forma individuale né come socio di società tra professionisti e, quindi, di non essere in possesso della partita IVA;

di essere già esonerato dall'iscrizione alla Cassa e di aver cessato l'attività professionale con chiusura della partita IVA (individuale e/o dello studio associato e/o della società tra professionisti) n. _____ con codice attività n. _____ in data

_____/_____/_____, e/o recesso dallo studio associato e/o dalla società tra professionisti in data
_____/_____/_____;

- di avere la propria residenza anagrafica (domicilio fiscale) in _____,
comune di _____, (prov. _____),

Via _____ n. _____, c.a.p. _____,

- che i propri contatti sono:

tel. fisso _____, tel. cell. _____, e-mail _____,

posta elettronica certificata (PEC) _____ per ricevere

ogni comunicazione, atto e documento relativo ai procedimenti di natura previdenziale e contributiva nonché per la trasmissione delle informazioni di carattere istituzionale da parte della CNPADC, 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** (*obbligatorio se ricorre l'ipotesi A*);
- copia del certificato di chiusura della partita IVA dello studio associato e/o della società tra professionisti e/o copia atto di recesso dallo studio associato e/o dalla società tra professionisti (*obbligatorio 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 o tramite raccomandata A/R all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1, 00198.