



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

## DOMANDA DI ESONERO

art. 3 del Regolamento Unitario

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 titolare di partita IVA e/o socio di studio associato e/o socio di società tra professionisti con partita IVA n. \_\_\_\_\_, codice attività n. \_\_\_\_\_ dal / /  e iscritto alla seguente forma di previdenza obbligatoria \_\_\_\_\_ dal / /  in conseguenza della diversa attività svolta di \_\_\_\_\_;

**B.** è titolare di partita IVA e/o socio di studio associato e/o socio di società tra professionisti con partita IVA n. \_\_\_\_\_, codice attività n. \_\_\_\_\_ dal / /  e beneficiario di trattamento pensionistico erogato da \_\_\_\_\_ dal / /  in conseguenza della diversa attività svolta di \_\_\_\_\_;

**C.** è titolare di partita IVA e/o socio di studio associato e/o socio di società tra professionisti con partita IVA 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 tale 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. n. 445/2000

CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA A FAVORE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI

Numero Verde  
**800-545130**

Fax 06.4820322

[www.cnpadc.it](http://www.cnpadc.it)

## DICHIARA

- 1) che il proprio studio si trova in \_\_\_\_\_,  
comune di \_\_\_\_\_, (prov. \_\_\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, c.a.p. \_\_\_\_\_;
- 2) di avere la propria residenza anagrafica (domicilio fiscale) in \_\_\_\_\_,  
comune di \_\_\_\_\_, (prov. \_\_\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, c.a.p. \_\_\_\_\_;
- 3) che i propri contatti sono:  
tel.fisso \_\_\_\_\_, tel. cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_;

posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_ per ricevere  
ogni comunicazione, atto e documento relativo ai procedimenti di natura previdenziale e contributiva  
nonchè 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;**
- copia del modello di attribuzione della partita IVA dello studio associato e/o della società tra professionisti **(obbligatorio se ricorre l'ipotesi);**
- copia della dichiarazione di inizio attività ai fini IVA dello studio associato e/o della società tra professionisti **(obbligatorio se ricorre l'ipotesi);**
- copia atto costitutivo o copia atto modificativo dello studio associato e/o della società tra professionisti **(obbligatorio se ricorre l'ipotesi);**
- certificato di iscrizione della società tra professionisti alla sezione speciale dell'albo o del registro tenuto presso l'ordine o il collegio professionale di appartenenza dei soci professionisti **(obbligatorio se ricorre l'ipotesi);**
- copia documentazione aggiornata comprovante l'iscrizione ad altro Ente di Previdenza obbligatorio o certificato di servizio aggiornato rilasciato dal datore di lavoro **(obbligatorio se ricorre l'ipotesi A);**
- copia del cedolino di pensione o della documentazione comprovante la titolarità del trattamento pensionistico **(obbligatorio se ricorre l'ipotesi B);**
- copia della documentazione aggiornata comprovante l'iscrizione ad altra Cassa professionale **(obbligatorio 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](http://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](mailto:servizio.supporto@pec.cnpadc.it) o tramite raccomandata A/R all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1, 00198.

Nell'area riservata ai dottori commercialisti del sito [www.cnpadc.it](http://www.cnpadc.it) è disponibile il servizio online "STD - Segui la tua domanda" per conoscere in tempo reale lo stato di avanzamento della lavorazione della domanda. Per accedere ai servizi online è necessario essere in possesso del codice fiscale e del codice PIN.