



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

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
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;**
- 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 , dichiara di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016 pubblicata sul sito www.cnpadc.it

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.

Nell'area riservata ai dottori commercialisti del sito 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.