



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

DOMANDA DI PENSIONE DI INVALIDITA'
art. 35 del Regolamento Unitario

Il/la sottoscritt _____ nat
il ____/____/____ a _____, (prov. _____), codice
fiscale _____,

CHIEDE

la pensione di invalidità atteso che la capacità all'esercizio della professione risulta ridotta in modo continuativo a meno di un terzo per i motivi di cui all'allegato certificato medico.

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

- che il proprio nucleo familiare è così composto:

(*)	Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Codice fiscale

(*) C = coniuge, F = figlio, D = figlio disabile, A: altro.

- che le detrazioni fiscali alle quali ha diritto sono quelle indicate nel modulo allegato;

- dichiarazione annuale del diritto alle detrazioni d'imposta;
- copia del certificato medico che attesti, in caso di **malattia o infortunio**, la totale e permanente incapacità all'esercizio della professione, la eziopatogenesi dell'infermità, l'anamnesi, con indicazioni dell'epoca di insorgenza dell'incapacità in misura totale e con carattere permanente.

In caso di infortunio allegare la documentazione comprovante:

- eventuale proposizione di azione giudiziaria contro terzi responsabili o loro aventi causa;
- i fatti e le responsabilità di chi ha provocato l'infortunio;
- il titolo alla corresponsione dell'indennizzo o l'avvenuta corresponsione da parte del responsabile o del suo assicuratore, con esclusione del risarcimento derivante da assicurazione per infortuni stipulata dall'iscritto/a.

Tutte le comunicazioni tra la CNPADC e i Professionisti possono essere inviate e ricevute tramite posta elettronica certificata (PEC). A tal fine nell'area riservata ai Professionisti sul sito www.cnpadc.it è possibile fornire l'indirizzo PEC per ricevere dalla Cassa comunicazioni, avvisi certificati ed altre informazioni di carattere istituzionale.

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 , ed in particolare dei dati considerati sensibili ai sensi dell'art. 4, lettera d), del Decreto Legislativo n.196/2003, 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 dello 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.

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.