



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;

- ai fini della determinazione della misura della pensione, che gli altri redditi, diversi da quelli professionali, esenti da imposte, dichiarati nel triennio precedente l'anno di presentazione della presente domanda sono (ad esempio: se la domanda di pensione di invalidità è presentata nell'anno 2017 i redditi esenti da indicare saranno quelli relativi all'anno di dichiarazione 2014, 2015 e 2016 riferiti alla produzione 2013, 2014 e 2015, in caso di assenza di redditi esenti indicare "ZERO"):

ANNO DI DICHIARAZIONE	ANNO DI PRODUZIONE	REDDITI ESENTI
		€
		€
		€

- in caso di **infortunio**, ai fini della determinazione della pensione, in virtù di quanto sancito dall'art. 6, commi 2, 3 e 4, L. 21/86 (*barrare l'ipotesi che ricorre*):

di non aver percepito risarcimenti del danno subito, escluso quelli derivanti da assicurazione per infortuni stipulate dal/dalla sottoscritt che **si impegna e comunicare tempestivamente alla CNPADC l'eventuale successiva corresponsione di somme ricevute a titolo di risarcimento del danno subito**;

di aver percepito risarcimento del danno subito, escluso quello derivante da assicurazione per infortuni stipulata dal/dalla sottoscritt , dalla compagnia assicurativa _____ , per un importo pari ad € _____ Il/la sottoscritt **si impegna e comunicare tempestivamente alla CNPADC l'eventuale successiva corresponsione di somme ricevute a titolo di risarcimento del danno subito**.

- che la pensione gli venga corrisposta con le seguenti modalità (*barrare l'ipotesi desiderata*):

accreditalimento in c/c bancario n. _____ presso _____ , intestato al/alla sottoscritt , codice IBAN: _____ e codice BIC/SWIFT: _____ (se il conto è estero);

assegno circolare non trasferibile intestato al/alla sottoscritt da recapitare al seguente domicilio in _____ , comune di _____ (prov. _____) Via _____ , n. _____ , c.a.p. _____ , esonerando la CNPADC da ogni responsabilità per smarrimento dell'assegno ovvero illecita riscossione dello stesso da parte di terzi.

ALLEGA

- fotocopia di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità;

- dichiarazione annuale del diritto alle detrazioni d'imposta;
- copia del certificato medico che attesti, in caso di **malattia o infortunio**, la riduzione della capacità all'esercizio della professione a meno di 1/3 in modo continuativo, la eziopatogenesi delle infermità e l'anamnesi con indicazione dell'epoca dell'insorgenza dell'incapacità in misura superiore a 2/3.

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 , letta l'informativa sul trattamento dei dati pubblicata sul sito www.cnpadc.it, autorizza espressamente il trattamento dei propri dati relativi a categorie particolari (così come definiti ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. a) del Regolamento UE 679/2016), da parte della CNPADC per la gestione e la corretta esecuzione della presente domanda.

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.