CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA DEI DOTTORI COMMERCIALISTI

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

DOMANDA DI RICONGIUNZIONE

Legge del 5 marzo 1990 n. 45

Il/la sottoscritt _____ nat il

|__|__|/|__|__|/|__|__| a _____, (prov._____),

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,

CHIEDE

la ricongiunzione dei seguenti periodi assicurativi non più attivi, maturati in regime di assicurazione obbligatoria presso altre forme previdenziali:

PERIODI CONTRIBUTIVI		ENTE PREVIDENZIALE
dal	al	
dal	al	
dal	al	
dal	al	
dal	al	
dal	al	

A tal fine, consapevole delle responabilità in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità nonchè 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 artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

- di non avere altri periodi assicurativi (obbligatori, volontari, figurativi o riscattati) presso altre forme di previdenza obbligatoria;

(barrare l'ipotesi che ricorre)

☐ di non essere attualmente iscritto ad altra forma di previdenza obbligatoria;

☐ di essere attualmente iscritto alla seguente altra forma di previdenza obbligatoria: _____;

Conforme al modello originale - www.cnpadc.it

STUDIO 74 - www.studio74.it

CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA DEI DOTTORI COMMERCIALISTI

☐ di non essere titolare di alcun trattamento pensionistico diretto;
☐ di essere titolare di trattamento pensionistico diretto.

ALLEGA

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

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_ , 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 ali '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.

Conforme al modello originale - www.cnpadc.it

STUDIO 74 - www.studio74.it