



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

DOMANDA D'ISCRIZIONE/REISCRIZIONE

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 _____:

- titolare di** partita IVA individuale n. _____ con cod. attività
n. _____ per effetto di dichiarazione di inizio dell'attività di Dottore Commercialista
presentata all'Agenzia delle Entrate con decorrenza dal ____/____/____;
- socio di studio associato** avente partita IVA n. _____ con cod. attività
n. _____ per effetto di dichiarazione di inizio dell'attività presentata all'Agenzia delle
Entrate con decorrenza dal ____/____/____;
- socio di società tra professionisti** avente partita IVA n. _____ con cod. attività
n. _____ per effetto di dichiarazione di inizio dell'attività presentata all'Agenzia delle
Entrate con decorrenza dal ____/____/____;

CHIEDE

- di essere iscritt__ alla Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti;
 di essere reiscritt__ alla Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti;

E

(barrare la casella sottostante nel caso in cui si presenti domanda di REISCRIZIONE e si desideri anche ripristinare l'anzianità pregressa)

- il ripristino del pregresso periodo di iscrizione ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Unitario.

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

- 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. _____, e-mail _____,

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;

4) di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 3 del D.P.R. 27/10/1953 n. 1067 e dall'art. 4 D. Lgs. 28/06/2005, n. 139;

5) di non essere iscritto ad altra Cassa professionale o, con la presente, di optare per codesta Cassa ai sensi del comma 5 dell'art.3 del Regolamento Unitario;

6) di aver esercitato l'attività di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____ con partita IVA n. _____ cod. attività _____;

(barrare la casella dell'ipotesi che ricorre)

di essere/essere stato iscritto alla seguente altra forma di previdenza obbligatoria _____ a far tempo dal ____/____/____ in funzione della diversa attività di _____ svolta dal ____/____/____ al ____/____/____ e quindi chiede di essere iscritto alla CNPADC dal 01/01/____;

di essere beneficiario di trattamento pensionistico in essere erogato da _____ a decorrere dal ____/____/____ in funzione della diversa attività svolta di _____ e quindi chiede di essere iscritto alla CNPADC dal 01/01/____;

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 copia cessazione posizione previdenziale presso altro ente di previdenza obbligatorio o certificato di servizio aggiornato rilasciato dal datore di lavoro (*obbligatorio se ricorre l'ipotesi*);
- copia del cedolino di pensione o della documentazione comprovante la titolarità del trattamento pensionistico (*obbligatorio se ricorre l'ipotesi*).

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.