



All'Associazione Cassa Nazionale di  
Previdenza ed Assistenza a favore dei  
Ragionieri e Periti commerciali  
Via Pinciana, 35 - 00198 – Roma  
Direzione Previdenza – area Contributi

RACCOMANDATA A/R

Luogo e data \_\_\_\_\_

### Domanda di iscrizione

(Comunicazione afferente gli obblighi di cui all'art. 2 del Regolamento di esecuzione)

Io sottoscritto/a

cognome	<input type="text"/>	nome	<input type="text"/>
nato/a il	<input type="text"/>	a	<input type="text"/> prov. <input type="text"/>
codice fiscale	<input type="text"/>		
residente in via/piazza	<input type="text"/>		
comune	<input type="text"/>	prov.	<input type="text"/>
c.a.p.	<input type="text"/>	telefono	<input type="text"/>
con studio in via/piazza	<input type="text"/>		
comune	<input type="text"/>	prov.	<input type="text"/> c.a.p. <input type="text"/>
cellulare	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>
telefono	<input type="text"/>	fax	<input type="text"/>
e-mail PEC	<input type="text"/>		

CHIEDO

l'iscrizione alla gestione previdenziale di codesta Cassa in applicazione di quanto prescritto dall'art. 2 del Regolamento di esecuzione. A tal fine

DICHIARO

di essere iscritto all'Ordine territoriale di:

<input type="text"/>	dal	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	-----	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

che la mia famiglia anagrafica si compone di:

(*)	cognome e nome	data di nascita	codice fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(\*) Grado di parentela: C = coniuge, F = figlio, A = altro.

di essere in possesso di:

[illegible]

rilasciata dall'Ufficio IVA di

ii. 

--	--

 / 

--	--

 / 

--	--	--	--

Dichiaro altresì (barrare solo le caselle che interessano):

☐ di non trovarmi in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 4 del Decreto legislativo n. 139/2005;

☐ di non essere titolare di altra posizione previdenziale di natura obbligatoria ovvero titolare di pensione maturata e percepita in funzione di altra attività svolta diversa da quella di libero professionista;

☐ di essere/essere stato titolare di altra posizione previdenziale obbligatoria presso

dal 



 / 



 /

in funzione della diversa attività svolta di	
----------------------------------------------	--

e cessata il 

--	--

 / 

--	--

 / 

--	--	--	--

☐ di essere beneficiario del trattamento pensionistico in essere erogato dall'Ente

\_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

per l'attività svolta di	
--------------------------	--

☐ di non essere iscritto ad altra Cassa professionale o, pur essendo iscritto anche ad altri albi professionali, di optare per codesta Cassa ai sensi dell'art. 2 comma 7 del Regolamento di esecuzione;

☐ di optare per il versamento del contributo soggettivo in misura pari alla metà ai sensi dell'art. 35, comma 4 del Regolamento di esecuzione (età inferiore a 38 anni).

Dichiaro infine che i redditi professionali ed i volumi di affari dichiarati, derivanti dall'esercizio della professione, sono stati i seguenti per gli anni di seguito indicati:

ANNO	IRPEF	IVA

**Allego:**

- 1) copia del modello AA9/9 e certificato di attribuzione della partita I.V.A.;
- 2) fotocopia integrale del tesserino rilasciato dall'Ordine territoriale;
- 3) copia fotostatica (fronte e retro) di un documento di identità in corso di validità all'atto della presentazione della domanda.

Letta l'informativa ex art. 13 del Decreto legislativo n. 196 del 2003, il/la sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), e si impegna a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati.

Firma \_\_\_\_\_

**Il modulo va compilato in stampatello maiuscolo in ogni sua parte.**



**INFORMATIVA EX ART. 13 D.Lgs. n.196/03 e s.m.i. DELLA  
ASSOCIAZIONE "C.N.P.R."**

Si informa che:

- Per l'erogazione prevista dalla legge delle prestazioni previdenziali ed assistenziali i dati personali, relativi alla propria posizione di iscritto alla C.N.P.R. e/o di pensionato, sono trattati in modo lecito e corretto e sono raccolti, registrati, utilizzati e conservati da incaricati della C.N.P.R. quali dipendenti, consulenti e terzi fornitori di servizi strettamente necessari per le finalità della Cassa ovvero trasmessi per le medesime finalità agli Ordini territoriali dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, agli uffici finanziari, al Casellario centrale delle posizioni previdenziali attive istituito per legge presso l'INPS che provvede, ai sensi e per gli effetti di specifica convenzione stipulata con la C.N.P.R., ad effettuare, attraverso le proprie strutture, gli accertamenti sanitari necessari all'attribuzione ed alla revisione delle pensioni di invalidità e di inabilità, sia in caso di domanda sia in caso di ricorso avverso la negazione alla concessione di tali trattamenti pensionistici;
- sono autorizzate all'accesso alla base dati della Cassa le società di software house che sviluppano e gestiscono il sistema informativo della C.N.P.R.;
- la Banca Popolare di Sondrio, società cooperativa a.r.l., con sede in Sondrio Piazza Garibaldi n.16, è incaricata dalla Cassa a svolgere le funzioni di cassiere;
- per ottenere le prestazioni della Cassa è obbligatorio il conferimento dei dati personali, ivi compresi quelli relativi alla dichiarazione annuale relativa al reddito professionale ed al volume d'affari (ex MOD. A/19), resi attraverso la compilazione del form "Dati reddito" contenuto nell'area riservata del sito istituzionale della C.N.P.R.

L'eventuale rifiuto a fornire i dati richiesti comporta la mancata erogazione delle prestazioni stesse;

- in caso di ritardata, omessa o infedele comunicazione dei "Dati reddito", la C.N.P.R. è altresì autorizzata all'applicazione delle sanzioni previste dall'art. 44 del Regolamento di esecuzione;
- l'interessato al quale si riferiscono i dati ha diritto di accedere, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n.196/03 e s.m.i., ai dati stessi con richiesta inoltrata presso la sede sociale in 00198 Roma Via Pinciana n.35, alla C.N.P.R., in qualità di Titolare del trattamento ovvero Responsabile individuato nel funzionario della Cassa, Sig. Vincenzo Muccari.

\*\*\*\*\*