





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

### CHIEDE L'EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO ASSISTENZIALE

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 alla 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 lo stato di famiglia alla data di presentazione della domanda è così composto (cognome, nome, data di nascita, grado di parentela):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. di avere subito danni alla propria abitazione principale o allo studio professionale, alle cose ed arredi contenuti, al materiale di uso professionale, agli archivi o altro, come di seguito descritto

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. di aver riportato i seguenti danni fisici\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. che i componenti del nucleo familiare hanno riportato i seguenti danni fisici\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



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

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
5. che sono intervenuti decessi di persone appartenenti al proprio nucleo familiare come di seguito indicato \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
6. di aver avuto le seguenti ripercussioni sull'attività professionale \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
7. altro \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità nonché alla 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, di non trovarsi, alla data di sottoscrizione della presente autocertificazione, in alcuna delle situazioni di **incompatibilità** previste *dall'art. 3 del D.P.R. 1067/1953, dall'art. 4 del D.Lgs. 139/2005, dall'art. 22, comma 3, della legge 21/1986 e dall'art. 7 del Regolamento di Disciplina del Regime Previdenziale, che hanno regolato l'accertamento delle situazioni di incompatibilità da parte della Cassa e i relativi effetti.*

\*\*\*\*\*





Associazione di Diritto Privato

Via Mantova, 1

00198 - Roma

C.F. 80021670585

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](mailto:servizio.supporto@pec.cnpadc.it) , tramite raccomandata A/R all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1 - 00198 o mediante fax al n° 06/4820322.

Per ogni informazione è possibile contattare il n° verde 800.545.130

**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](http://www.cnpadc.it) è possibile fornire l'indirizzo PEC per ricevere dalla Cassa comunicazioni, avvisi certificati ed altre informazioni di carattere istituzionale.**