

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 reinscritt__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** o dichiarazione sostitutiva di certificazione di iscrizione albo professionale come da Modello 4/C (disponibile tra la modulistica sezione "Dichiarazioni Sostitutive");
- 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 o dichiarazione sostitutiva di certificazione di iscrizione società tra professionisti come da Modello 6/C (disponibile tra la modulistica sezione "Dichiarazioni Sostitutive") **(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 o dichiarazione sostitutiva di certificazione di iscrizione/cessazione altra forma di previdenza obbligatoria come da Modello 3/C (disponibile tra la modulistica sezione "Dichiarazioni Sostitutive") **(obbligatorio se ricorre l'ipotesi)**;
- copia del cedolino di pensione o della documentazione comprovante la titolarità del trattamento pensionistico o dichiarazione sostitutiva di certificazione di iscrizione/cessazione altra forma di previdenza obbligatoria come da Modello 3/C (disponibile tra la modulistica sezione "Dichiarazioni Sostitutive") **(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.

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.

Per firmare il modulo con Firma Digitale, occorre salvare il file, e sovrascriverlo, ogni qualvolta all'inserimento della Smart Card l'applicazione Adobe Acrobat ne farà richiesta. Una volta salvato il modulo con entrambe le firme digitali, si potrà provvedere all'invio tramite Posta Elettronica Certificata PEC.