



Cassa Dottori Commercialisti

DOMANDA DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO PER ORFANO DI DOTTORE COMMERCIALISTA

art. 56 del Regolamento Unitario

Il/la sottoscritt_____ nato/a
il ___/___/___ a _____, (prov. _____),
codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
residente in _____, (prov. _____),
via _____, n. _____,
c.a.p. _____, tel. _____, tel. cell. _____;

IN QUALITA' DI:

(barrare l'ipotesi che ricorre)

genitore del/della:

Sig./Sig.ra _____, nat _____,
il ___/___/___ a _____, (prov. _____),
codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

orfano/a minorenne dell'iscritto/pensionato alla CNPADC:

Dott./Dott.ssa _____, nat _____, il
___/___/___ a _____, (prov. _____),
codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|;

orfano/a maggiorenne dell'iscritto/pensionato alla CNPADC:

Dott./Dott.ssa _____, nat _____,
il ___/___/___ a _____, (prov. _____),
codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|;

tutore o curatore del/della:

Sig./Sig.ra _____, nat _____,
il ___/___/___ a _____, (prov. _____),
codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

orfano/a dell'iscritto/pensionato alla CNPADC:

Dott./Dott.ssa _____, nat _____, il
___/___/___ a _____, (prov. _____),
codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|;

CHIEDE

(la domanda deve essere presentata nell'anno di riferimento del contributo)

l'erogazione del contributo di cui all'art. 56 del Regolamento Unitario

A tal fine, consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenete 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,

Data |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|

Firma _____
(per esteso e leggibile)

Il/la sottoscritt , letta l'informativa sul trattamento dei dati pubblicata sul sito www.cnpadc.it, autorizza espressamente il trattamento dei propri dati relativi a categorie particolari (così come definiti ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. a) del Regolamento UE 679/2016), da parte della CNPADC per la gestione e la corretta esecuzione della presente domanda.

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 o con consegna diretta all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1.

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 le firme digitali, si potrà provvedere all'invio tramite Posta Elettronica Certificata PEC.

vers.agg. 13/02/23