Cassa Dottori Commercialisti

DOMANDA DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO PER SPESE DI ONORANZE FUNEBRI

art. 52 del Regolamento Unitario

Il/la sottoscritt_____ _____ nat_____

il |___|___|/|___|___|/|___|___| a_____, (prov._____),

codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|,
residente in _____, (prov. _____),
via _____ , n._____,
c.a.p._____, tel._____, tel.cell._____, in qualità di:

(barrare l'ipotesi che ricorre)

A ○ iscritto alla CNPADC;

B ○ pensionato della CNPADC;

C ○ coniuge superstite dell'iscritto/pensionato della CNPADC;

D ○ figlio superstite dell'iscritto/pensionato della CNPADC;

CHIEDE

(la domanda deve essere presentata entro due anni dalla data dell'evento a pena di inammissibilità)

il riconoscimento del contributo per le spese di onoranze funebri sostenute per un importo pari ad € _____ in seguito al decesso della persona sotto indicata:

(barrare l'ipotesi che ricorre)

○ CONIUGE
Sig./Sig.ra_____ , nat_____,
il |____|____|/|____|____|/|____|____| a_____ ,(_____),
codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|;

○ FIGLIO
Sig./Sig.ra_____ , nat_____,
il |____|____|/|____|____|/|____|____| a_____ ,(_____),
codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|;

○ GENITORE
Sig./Sig.ra_____ , nat_____,
il |____|____|/|____|____|/|____|____| a_____ ,(_____),
codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|;

○ DOTT./DOTT.SSA
_____ , nat_____,
il |____|____|/|____|____|/|____|____| a_____ ,(_____),
codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|;

Cassa Dottori Commercialisti

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 nonchè 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

(barrare l'ipotesi che ricorre)

- ○ di non aver beneficiato di altri importi corrisposti allo stesso titolo da altri organismi di assistenza pubblica o privata;
- ○ di aver beneficiato di altri importi corrisposti allo stesso titolo da altri organismi di assistenza pubblica o privata per un ammontare di € _____;
- ○ che nel nucleo familiare sono presenti uno o piu figli portatori di handicap o malattie invalidanti ***(barrare l'ipotesi solo se ricorre)***;
- che il coniuge/il figlio/il genitore deceduto faceva parte del nucleo familiare ed era fiscalmente a carico dell'iscritto/pensionato della CNPADC **(solo per i casi A e B);**
- di voler ricevere il contributo richiesto mediante accreditamento in c/c bancario n. _____

  presso_____, intestato al/alla sottoscritt _____;

  codice IBAN: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

  e codice BIC/SWIFT: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (se il conto è estero).

ALLEGA

- copia del documento di identità o di riconoscimento in corso di validità;
- certificato di stato di famiglia del richiedente riferito alla data del decesso o dichiarazione sostitutiva di certificazione di stato di famiglia alla data del decesso come da Modello 2/A (disponibile tra la modulistica sezione "Dichiarazioni sostitutive");
- certificato di morte o dichiarazione sostitutiva di certificazione di morte come da Modello 5/A (disponibile tra la modulistica sezione "Dichiarazioni sostitutive");
- copia del tesserino del codice fiscale o della tessera sanitaria di **tutti** i componenti il nucleo familiare del **richiedente**;
- copia documentazione afferente le spese sostenute, rimaste effettivamente a carico del richiedente il contributo;
- copia della sentenza di separazione, se intervenuta;
- copia certificazione rilasciata dalla commissione medica istituita ai sensi dell'art.l della legge 15/10/1990 n. 295, come previsto dall'art. 4 della legge 5/02/1992 n. 104 **(obbligatorio se è stata barrata l'ipotesi che nel nucleo familiare sono presenti uno o piu figli portatori di handicap o malattie invalidanti).**

Cassa Dottori Commercialisti

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)

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 è possibile fornire l'indirizzo PEC per ricevere dalla Cassa comunicazioni, avvisi certificati ed altre informazioni di carattere istituzionale.

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.

vers.agg. 13/02/23