

DOMANDA DI ESONERO

art. 3 del Regolamento Unitario

Il/la sottoscritt_____ , nat____
il | | | /| | | | , a _____ (prov.____),
codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | , abilitat____ come Dottore
Commercialista, iscritt____ alla Sezione A dell' Albo dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili
dell'Ordine di _____

CHIEDE

di essere esonerato dall'iscrizione alla Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti in quanto:

(barrare la casella dell'ipotesi che ricorre)

- A** è titolare di partita IVA e/o socio di studio associato e/o socio di società tra professionisti con partita IVA n. _____, codice attività n. _____ dal |_|_|/|_|_|/|_|_| e iscritto alla seguente forma di previdenza obbligatoria _____ dal |_|_|/|_|_|/|_|_| in conseguenza della diversa attività svolta di _____;
- B** è titolare di partita IVA e/o socio di studio associato e/o socio di società tra professionisti con partita IVA n. _____, codice attività n. _____ dal |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_| e beneficiario di trattamento pensionistico erogato da _____ dal |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_| in conseguenza della diversa attività svolta di _____;
- C** è titolare di partita IVA e/o socio di studio associato e/o socio di società tra professionisti con partita IVA n. _____, codice attività n. _____ dal |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_| e con la presente comunica l'opzione per l'iscrizione alla Cassa di previdenza _____ a far tempo dal |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_| in quanto iscritto anche all'Albo relativo alla professione di _____.

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 _____,
email _____, 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.

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 certificato di servizio aggiornato rilasciato dal datore di lavoro o dichiarazione sostitutiva di certificazione di iscrizione altra forma di previdenza obbligatoria come da Modello 3/C (disponibile tra la modulistica sezione "Dichiarazioni Sostitutive") (**obbligatorio se ricorre l'ipotesi A**);
- copia del cedolino di pensione o della documentazione comprovante la titolarità del trattamento pensionistico o dichiarazione sostitutiva di certificazione di iscrizione altra forma di previdenza obbligatoria come da Modello 3/C (disponibile tra la modulistica sezione "Dichiarazioni Sostitutive") (**obbligatorio se ricorre l'ipotesi B**);

- copia della documentazione aggiornata comprovante l'iscrizione ad altra Cassa professionale o dichiarazione sostitutiva di certificazione di iscrizione altra forma di previdenza obbligatoria come da Modello 3/C (disponibile tra la modulistica sezione "Dichiarazioni Sostitutive") **(obbligatorio se ricorre l'ipotesi C).**

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.

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.

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.

vers.agg. 13/02/23