

## DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE PER I TIROCINANTI

art. 2 del Regolamento Unitario

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, (prov. \_\_\_\_\_)  
codice fiscale \_\_\_\_\_, iscritt \_\_\_\_\_ alla Sezione **A** del

Registro dei Praticanti (D.M. n. 327/1995, D.M. n. 143/2009 e D. Lgs. n. 139/2005) presso l'Ordine dei  
Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di \_\_\_\_\_

**(barrare l'ipotesi che ricorre)**

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere pre-iscritt \_\_\_\_\_ alla Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti

**(barrare l'ipotesi scelta)**

a decorrere dal 1° gennaio dell'anno di inizio del tirocinio **(anno di iscrizione al Registro dei Praticanti)**;

dal 1° gennaio del \_\_\_\_\_ **(indicare uno degli anni di tirocinio successivi all'anno di iscrizione al Registro dei Praticanti)**.

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**

di avere la propria residenza (domicilio fiscale) in \_\_\_\_\_, (prov. \_\_\_\_\_),  
via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, c.a.p. \_\_\_\_\_,  
tel. cell. \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_

**(barrare la casella dell'ipotesi che ricorre)**

che per il medesimo periodo e per la medesima attività, per la quale chiede la pre-iscrizione, non è  
iscritt \_\_\_\_\_ ad altro Ente di Previdenza obbligatoria;

di non essere attualmente iscritt \_\_\_\_\_ per la medesima attività per la quale chiede la pre-iscrizione ad altro  
Ente di Previdenza obbligatoria ma di esserlo stat \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

di aver sospeso il proprio tirocinio nei seguenti periodi:

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e fino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e fino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti

### ALLEGA

- fotocopia di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità;
- copia della comunicazione dell'Ordine professionale di avvenuta iscrizione al Registro dei praticanti con indicazione della decorrenza e della sezione o copia del certificato di Compiuto Tirocinio rilasciato dall'Ordine professionale con indicazione della sezione e del periodo o **dichiarazione** sostitutiva di certificazione di compiuto tirocinio professionale/iscrizione registro praticanti come da Modello 2/C (disponibile tra la modulistica sezione "Dichiarazioni Sostitutive");
- copia dell'estratto conto contributivo/assicurativo relativo alla posizione presso altro Ente di Previdenza obbligatoria **(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](http://www.cnpadc.it).

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

Firma \_\_\_\_\_  
*(per esteso e leggibile)*

**Tutte le comunicazioni, avvisi, certificati e informazioni di carattere istituzionale tra la CNPADC ed i Professionisti possono essere inviate e ricevute tramite posta elettronica certificata (PEC) che rende immediata la comunicazione. A tal fine Lei può fornire e autorizzare il Suo indirizzo PEC:**

Il/la sottoscritt\_\_\_ dichiara di voler ricevere ogni comunicazione, avvisi certificati e ogni altra informazione di carattere istituzionale da parte della CNPADC al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_ ai sensi dell'articolo 16, comma 9, del D. L. n. 185/2008, convertito con L. n. 2/2009.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
*(per esteso e leggibile)*

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte ed inviato alla CNPADC tramite posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo [servizio.supporto@pec.cnpadc.it](mailto: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.

vers.agg. 13/02/23