Cassa Dottori Commercialisti

DOMANDA DI RISCATTO DEL SERVIZIO MILITARE A CURA DEI SUPERSTITI

art.14 del Regolamento Unitario

Il/la sottoscritt_____, nat_____ il |__|__|/|__|__|/|__|__| a_____, (prov._____), codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, residente in_____, comune di_____, via_____, n._____, c.a.p._____, **superstite** del/della Dott./Dott.ssa_____, nat_____ il |__|__|/|__|__|/|__|__| a_____, (prov._____), codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, decedut___il_____;

CHIEDE

il riscatto del servizio militare per n°_____anni

- ○ in applicazione del metodo CONTRIBUTIVO con aliquota per il calcolo pari a _____ *(indicare obbligatoriamente una percentuale a partire dal 12% fino al 100%)*

o, in alternativa,

- ○ in applicazione del metodo REDDITUALE **(<u>opzione riservata esclusivamente ai superstiti degli iscritti alla CNPADC alla data del 31/12/2003</u>)**.

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 artt.46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

- che il de cuius non aveva già riscattato o accreditato presso altro Ente il periodo del servizio militare;

(barrare l'ipotesi che ricorre)

- ○ che il de cuius **non** aveva altra copertura previdenziale per il periodo oggetto di riscatto;
- ○ che il de cuius **aveva** altra copertura previdenziale coincidente parzialmente con il periodo oggetto di riscatto;

ALLEGA

- fotocopia di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità;
- copia del certificato di stato di famiglia 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");
- copia del foglio matricolare o Stato di Servizio da reperire c/o il Distretto Militare di appartenenza o la Capitaneria di Porto **(non è valido il foglio di congedo illimitato) o** copia del certificato rilasciato dall'Ente pubblico qualora sia stato prestato servizio sostitutivo civile o dichiarazione sostitutiva di certificazione del servizio militare ad uso riscatto a cura dei superstiti come da Modello 3/P (disponibile tra la modulistica sezione "Dichiarazioni Sostitutive");
- copia dell'estratto conto previdenziale (in caso di altra copertura previdenziale).

Cassa Dottori Commercialisti

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.

vers.agg. 13/02/23