Cassa Dottori Commercialisti

COMUNICAZIONE DEI DATI UTILI PER IL VERSAMENTO DEGLI ONERI PREVIDENZIALI A FAVORE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI CHE RIVESTONO LA CARICA DI AMMINISTRATORI LOCALI

D.M.25/05/2001

L'Ente locale_____,
via _____, n. _____, c.a.p. _____ (prov._____),
codice fiscale ENTE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
ufficio _____, referente Sig./Sig.ra _____,
tel._____, email _____, PEC _____,

COMUNICA

che il Dott./la Dott.ssa _____, nat___
il|__|__|/|__|__|/|__|__| a _____ (prov._____),
codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, ricopre/ha ricoperto la carica di:

(barrare l'ipotesi che ricorre)

- ☐ Sindaco;
- ☐ Presidente di Provincia;
- ☐ Presidente di Comunità Montana;
- ☐ Presidente di unione di Comuni;
- ☐ Presidente di Consorzio tra Enti Locali;
- ☐ Assessore Provinciale;
- ☐ Assessore di comune con popolazione > di 10.000 abitanti;
- ☐ Presidente di Consiglio di Comune con popolazione > di 50.000 abitanti;
- ☐ Presidente del Consiglio Provinciale;
- ☐ Presidente del Consiglio circoscrizionale (in caso di decentramento effettivo di funzioni);
- ☐ Presidente dell'Azienda speciale.

Dal _____ al _____ ***(qualora l'incarico fosse terminato)***

Cassa Dottori Commercialisti

A tal fine si allegano le copie delle lettere di conferimento e di accettazione dell'incarico.

Data _____ Timbro e Firma _____

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 o tramite raccomandata A/R all'indirizzo in Roma, via Mantova 1, 00198.

vers.agg. 03/01/2017