

(DL N. 25 DEL 27 FEBBRAIO 2026 e Artt. 19 e 48 del Regolamento Unitario)

Il/la sottoscritt dott./dott.ssa _____ nat _____ il _____

____/____/____/____/____ a _____ (prov. _____)

Cod. fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_ iscritt_ all'Ordine di

con sede operativa nel comune di _____ (prov. _____)

residente nel comune di _____ (prov. _____)

attualmente domiciliat in _____

tel. cellulare _____ indirizzo e-mail _____

indirizzo PEC _____ telefono _____

essendo la propria residenza/sede operativa dichiarata inagibile e/o oggetto di provvedimento di sgombero da parte delle autorità competenti in conseguenza degli eventi sismici che hanno interessato la regione Campania - area dei campi Flegrei

IN QUALITA' DI:
(barrare l'ipotesi che ricorre)

- ☐ tirocinante pre-iscritto alla Cassa;
- ☐ iscritto/pensionato alla Cassa;
- ☐ esonerato dall'iscrizione alla Cassa, pur esercente l'attività professionale, in quanto iscritto ad altro ente di previdenza obbligatorio o titolare di pensione erogata da altro Ente;

CHIEDE

- ☐ la sospensione dei termini relativi agli adempimenti e ai versamenti dei contributi previdenziali e assistenziali in scadenza nel periodo dal 31/07/2026 al 31/12/2026;

- ☐ **un intervento assistenziale ai sensi dell'art. 48, comma 1, lett. a) del Regolamento Unitario (opzione non prevista per i tirocinanti pre-iscritti alla Cassa);**

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 s.m.i. e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato ai sensi dell'art.75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi dell'art.46 e seguenti del D.P.R. n.445/200 e s.m.i.,

AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DELL'INTERVENTO ASSISTENZIALE DICHIARA

- ☐ **di aver richiesto e/o di aver percepito la somma di Euro erogata da**

1. di aver riportato, a seguito degli eventi sismici verificatisi dal 31 luglio 2026, i seguenti danni fisici:

2. che i componenti del nucleo familiare hanno riportato, a seguito degli eventi sismici verificatisi dal 31 luglio 2026, i seguenti danni fisici:

3. che sono intervenuti decessi, a seguito degli eventi sismici verificatisi dal 31 luglio 2026, di persone appartenenti al proprio nucleo familiare come di seguito indicato:

consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità nonché alla 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, di non trovarsi, alla data di sottoscrizione della presente autocertificazione, in alcuna delle situazioni di **incompatibilità** previste *dall'art. 3 del D.P.R. 1067/1953, dall'art. 4 del D.Lgs. 139/2005, dall'art. 22, comma 3, della legge 21/1986 e dall'art. 7 del Regolamento di Disciplina del Regime Previdenziale, che hanno regolato l'accertamento delle situazioni di incompatibilità da parte della Cassa e i relativi effetti.*

Il/La sottoscritto/a chiede, ritenendo che sussista lo stato di bisogno di cui all'art. 48 del Regolamento Unitario, che il contributo di cui sopra venga corrisposto con le seguenti modalità:

- CODICE IBAN:**

(si fa presente che il c/c bancario dovrà essere intestato o cointestato al beneficiario)

Il/La sottoscritto/a chiede alla Cassa di trattenere dal contributo disposto quanto dovuto a totale regolarizzazione della propria posizione contributiva, ove sussista capienza.

SI ☐ NO ☐

- fotocopia di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità;
- provvedimento di inagibilità e/o di sgombero della residenza/sede operativa emesso dall'autorità competente in conseguenza degli eventi sismici verificatisi dal 31 luglio 2026 che hanno interessato la regione Campania - area dei campi Flegrei;

- dichiarazione sostitutiva di certificazione di stato di famiglia del richiedente alla data della domanda. **Non saranno ammesse dichiarazioni sostitutive redatte su modulistica difforme rispetto all'allegato 1; (OBBLIGATORIA IN CASO DI RICHIESTA DI INTERVENTO ASSISTENZIALE – di cui all'art. 48 R.U.).**

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)

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.

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.

(da compilare solo in caso di richiesta di intervento assistenziale)

(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 46, s.m.i.)

COMPILATI)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il
 |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| a _____ prov. (____)
 C.F.: |_| residente a _____
 prov. (____) indirizzo _____ n. _____ CAP _____

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 s.m.i, e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi dell'articolo 46 e seguenti del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.,

DICHIARA

- che alla data **della presente domanda** il proprio stato di famiglia è così composto:

[illegible]

- di essere a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 71 e seguenti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.,

e pertanto **AUTORIZZA** il Responsabile del procedimento alla richiesta, visione ed acquisizione della documentazione necessaria ai controlli circa la veridicità delle dichiarazioni rese presso le relative Amministrazioni certificanti ai sensi dell'articolo 71, comma 4, del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i

e a tal fine

- dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento europeo UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., in materia di protezione dei dati personali e autorizza la CNPADC a trattare i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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

Firma _____
(per esteso e leggibile)

È indispensabile allegare copia del documento d'identità in corso di validità del dichiarante