



CASSA NAZIONALE
DI PREVIDENZA E ASSESTENZA
A FAVORE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
Via della Purificazione 31
00187 ROMA

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITA'

Art.17 Regolamento di Disciplina del Regime Previdenziale – Artt. 4 e 6 L.21/1/1986 n.21

Il/la sottoscritt_____ nat__ a _____

il _____ con domicilio fiscale in _____

Via _____ cap _____ Tel. _____

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| chiede la pensione di inabilità con decorrenza dal _____ ai sensi dell'art. 4 della legge 29 gennaio 1986 n. 21 e dell'art.17 del Regolamento di disciplina del Regime Previdenziale (D.I. 14/7/04), atteso che la capacità all'esercizio della professione risulta esclusa in modo permanente e totale per i motivi e di cui all'allegato certificato medico.

A tal fine dichiara:

1. di essere ininterrottamente iscritto all'Albo tenuto dall'Ordine dei Dottori Commercialisti di _____ fin dal _____ e di procedere alla cancellazione dall'Albo entro tre mesi dalla comunicazione della delibera concessiva della pensione, pena la revoca della pensione stessa;

2. che il proprio nucleo familiare è così composto:

(*)	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE

(*) grado di parentela: C = coniuge, F = figlio, D = figlio disabile, A: altro.

3. che la propria A.S.L. di appartenenza è: _____;

4. di essere titolare di partita I.V.A. individuale e/o studio associato n° _____ con codice attività _____ dal _____;



5. di essere stato titolare di partita I.V.A. individuale e/o studio associato n° con codice attività dal

(ovvero)

6. di aver chiuso partita I.V.A. in data
7. ai fini della determinazione della misura della pensione, dichiara che gli altri redditi, diversi da quelli professionali, imponibili e/o esenti da imposte, dichiarati nel triennio precedente l'anno di presentazione della domanda di cui trattasi sono **(vedi note per la compilazione)**:

ANNO DI DICHIARAZIONE	ANNO DI PRODUZIONE	REDDITI IMPONIBILI	REDDITI ESENTI DA IMPOSTE	TOTALE
		€	€	€
		€	€	€
		€	€	€

8. in caso di infortunio, ai fini della determinazione della pensione, in virtù di quanto sancito dall'art. 6, commi 2, 3 e 4, L. 21/86 **(barrare una delle ipotesi)**:

- ☐ di non aver percepito risarcimenti del danno subito, escluso quelli derivanti da assicurazione per infortuni stipulate dal sottoscritto;
- ☐ di aver percepito risarcimento del danno subito, escluso quello derivante da assicurazione per infortuni stipulata dal sottoscritto, dalla compagnia assicurativa, per un importo pari a €..... **(allegare copia della relativa documentazione)**;

9. le detrazioni fiscali alle quali ha diritto sono quelle indicate nel modulo allegato;
10. di aver preso atto - come da nota informativa acclusa alla presente domanda - delle indicazioni rese dalla Cassa in merito alle disposizioni concernenti la tutela dei dati personali ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n°196 in ordine alle quali restituisce, debitamente sottoscritta, la relativa dichiarazione di consenso;
11. chiede che la pensione di inabilità gli venga corrisposta con le seguenti modalità **(barrare la modalità prescelta)**:



- ☐ Accredito su c/c bancario presso
intestato a

IBAN

(si fa presente che il c/c bancario dovrà almeno essere intestato al beneficiario);

- ☐ assegno circolare non trasferibile emesso dall'istituto cassiere di codesta Cassa, intestato a da recapitarsi tramite servizio postale al domicilio di esonerando la Cassa medesima da ogni responsabilità per smarrimento degli assegni o illecita riscossione degli stessi da parte di terzi.

Data

Firma

Allegare copia di un documento di riconoscimento se la domanda non viene presentata direttamente agli uffici (art. 38, c. 3, DPR 445 del 28/12/2000)

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- certificato medico che attesti, in caso di malattia, la totale e permanente incapacità all'esercizio della professione, la eziopatogenesi della infermità, l'anamnesi, con indicazione dell'epoca dell'insorgenza della incapacità;
- Dichiarazione di consenso di cui al D.lgs 30/06/2003 n.196 (informativa allegata al presente modulo)

NOTE PER LA COMPILAZIONE

I redditi extraprofessionali (imponibili e/o esenti da imposte) vengono richiesti in quanto l'art.16, c. 4 del Regolamento di Disciplina del Regime prevede quanto segue:

- il riconoscimento del beneficio di ulteriori 10 anni figurativi fino ad un raggiungimento del massimo complessivo di trentacinque anni cui commisurare la quota di pensione calcolata con il sistema reddituale, qualora la media dei redditi extraprofessionali del triennio precedente la domanda di pensione sia inferiore o pari a Euro 26.800,00 per l'anno 2008 (l'importo originario era pari a L. 24.000.000, di cui all'art.4, L. 21/86 rivalutabile ai sensi della suddetta legge e del comma 4 dell'art.11 del succitato Regolamento);
- la maggiorazione di 10 anni sull'età anagrafica dell'iscritto alla data della decorrenza della pensione. Tale anzianità non potrà essere superiore a quanto previsto dalla tabella "D", utile all'individuazione del coefficiente di trasformazione di cui alla tabella "A" del citato regolamento, per la determinazione della quota di pensione calcolata con il sistema contributivo ai sensi dell'art.10, comma 7, dello stesso regolamento.

ES.: se la domanda di pensione di inabilità è presentata nell'anno 2008 i redditi extraprofessionali da indicare saranno quelli del 2005, 2006, 2007 (riferiti alla produzione del 2004,2005,2006).

Per ulteriori informazioni è possibile contattare l'Ufficio Prestazioni Previdenziali e Invalidità ai numeri:

06/47486 330 - 347 - 250 - 393 - 251

Cognome _____ Nome _____
nato/a il (gg/mm/aaaa) _____ a _____ (____)
(codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|)|
a carico dal (mm/aa) _____ Misura percentuale spettante: ☐100% ☐50%
minore di 3 anni: ☐si ☐no disabile: ☐si ☐no

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 23 del Dlgs 30 giugno 2003 n. 196, ed acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del medesimo decreto legislativo, autorizza e consente espressamente a che i dati raccolti ed in particolare quelli considerati sensibili ex art. 4 let. d del decreto legislativo 196/2003 possano costituire oggetto di trattamento per le finalità indicate nella informativa allegata.

Acconsente inoltre, ove necessario, alla comunicazione a terzi dei dati personali e comunque per le finalità relative alla erogazione della prestazione richiesta.

Luogo e data

Firma

INFORMATIVA PER LA DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Ai sensi degli artt. 11 e 13 del Dlgs 30 giugno 2003 n. 196, che prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali raccolti a seguito della domanda di erogazione della prestazione verranno trattati secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, stabiliti dalla vigente normativa, e tutelando la Sua riservatezza ed i Suoi diritti.

I dati sono trattati nell'ambito dei compiti istituzionali della Cassa, per le finalità strettamente strumentali alla gestione ed erogazione della prestazione richiesta e per le altre finalità connesse all'adempimento degli obblighi previsti da leggi, da regolamenti, dallo Statuto della Cassa.

Il trattamento dei dati personali avviene con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici, con modalità correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati medesimi.

Si fa presente che il conferimento dei dati sensibili è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità dell'espletamento dei relativi adempimenti e dell'esercizio dei connessi diritti ed obblighi.

Per lo svolgimento delle funzioni istruttorie, afferenti la richiesta prestazione – nel caso di presentazione di domanda di pensione di inabilità o invalidità -, la Cassa si avvale della collaborazione di Commissione medica all'uopo nominata, ai sensi del Regolamento di Previdenza della Cassa.

Il titolare del trattamento è la Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti, con sede in Roma, Via della Purificazione 31, alla quale potrà rivolgersi per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7, che per Sua comodità si riporta integralmente:

“

1. *L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.*
2. *L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:*
 - a) *dell'origine dei dati personali;*
 - b) *delle finalità e modalità del trattamento;*
 - c) *della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;*
 - d) *degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;*
 - e) *dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.*
3. *L'interessato ha diritto di ottenere:*
 - a) *l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;*
 - b) *la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;*
 - c) *l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.*
4. *L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:*
 - a) *per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;*
 - b) *al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.* ”