CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA DEI DOTTORI COMMERCIALISTI

RACCOMANDATA A/R

CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA
E ASSISTENZA A FAVORE
DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
c/a Ufficio Ricongiunzioni
Via della Purificazione 31
00187 ROMA

OGGETTO: <u>DOMANDA DI RICONGIUNZIONE DI PERIODI ASSICURATIVI DIVERSI – LEGGE DEL 5 MARZO 1990 N° 45</u>

Il/La sottoscritt__.....……..... nat__ a .....….....…….…….
il ...…….....…..... domiciliato in .....…….....….…….……..
Via .....……..……..... n ..... Tel. ……..……....….
e-mail……..appartenente all'Ordine dei Dottori Commercialisti di ....….....……dal ..... iscritto presso codesta Cassa con decorrenza .....……...….....

codice meccanografico (vedi modello A) .....

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CHIEDE

a norma della legge n. 45/90, la ricongiunzione dei seguenti periodi assicurativi non più attivi, maturati in regime di assicurazione obbligatoria presso altre forme previdenziali:

PERIODI CONTRIBUTIVI		ENTE PREVIDENZIALE
dal _____	al _____	presso _____
dal _____	al _____	presso _____
dal _____	al _____	presso _____
dal _____	al _____	presso _____
dal _____	al _____	presso _____
dal _____	al _____	presso _____

Dichiara, altresì, di non avere altri periodi assicurativi (obbligatori, volontari, figurativi o riscattati) presso altre forme di previdenza obbligatoria.

Dichiara inoltre di (**DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE**):

- essere attualmente iscritto anche _____
  (indicare la forma previdenziale obbligatoria, oltre alla Cassa, presso cui si è iscritti); **SI** **NO**
- di essere pensionato di altri enti che gestiscono forme di previdenza obbligatoria; **SI** **NO**
- di essere titolare di pensione di anzianità ai sensi dell'art. 3 L. 21/86 o di vecchiaia anticipata ai sensi dell'art. 14 del nuovo Regolamento di Disciplina del Regime Previdenziale erogata da codesta Cassa a decorrere dal ……; **SI** **NO**

Data ..... Firma …….....