



All'Associazione Cassa Nazionale di
Previdenza ed Assistenza a favore dei
Ragionieri e Periti commerciali
Via Pinciana, 35 - 00198 - Roma
Direzione Previdenza - area Prestazioni

RACCOMANDATA A/R

Luogo e data _____

Domanda di pensione di inabilità

Io sottoscritto/a	matricola	<input type="text"/>
cognome	<input type="text"/>	nome <input type="text"/>
nato/a il	<input type="text"/>	a <input type="text"/> prov. <input type="text"/>
codice fiscale	<input type="text"/>	
partita IVA	<input type="text"/>	
residente in via/piazza	<input type="text"/>	
comune	<input type="text"/>	prov. <input type="text"/>
c.a.p.	<input type="text"/>	telefono <input type="text"/>
con studio in via/piazza	<input type="text"/>	
comune	<input type="text"/>	prov. <input type="text"/> c.a.p. <input type="text"/>
cellulare	<input type="text"/>	e-mail <input type="text"/>
telefono	<input type="text"/>	fax <input type="text"/>

CHIEDO

la liquidazione della pensione di inabilità. A tal fine

DICHIARO

a) che la mia famiglia anagrafica si compone di:

(*)	cognome e nome	data di nascita	codice fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(*) Grado di parentela: C = coniuge, F = figlio, A = altro.

- b) di non avere pendenze riguardo al pagamento del tributo codice 556 (contributi versati fino all'anno 1999 tramite l'esattoria territorialmente competente);
- c) di non essere/non essere stato iscritto ad altre Casse di previdenza per liberi professionisti in data successiva al 31 dicembre 1991;
- d) di svolgere attività professionale di ragioniere sin dall'anno di iscrizione alla Cassa;
- e) di essere non essere titolare di trattamento pensionistico erogato da altro Ente di previdenza.

In caso positivo inviare certificazione dell'Ente (tipo cedolino INPS o Ministero del Tesoro), nella quale sia specificato l'importo annuale lordo di pensione percepito nell'anno in cui è presentata la domanda.

CHIEDO

il pagamento della pensione tramite (contrassegnare l'ipotesi scelta):

accredito su conto corrente bancario/postale - BancoPosta (**)

IBAN

(IL CONTO CORRENTE E' INTESTATO AL SOLO RICHIEDENTE)

Banca/Posta

Agenzia

Timbro della Banca/Posta Il Funzionario della Banca/Posta

OPPURE

assegno circolare non trasferibile (sollevando la Cassa da ogni responsabilità in caso di smarrimento o furto) intestato a:

cognome nome

indirizzo c.a.p.

comune prov.

Letta l'informativa ex art. 13 del Decreto legislativo n. 196 del 2003, il/la sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), e si impegna a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati.

Firma _____

(**) la modalità di pagamento tramite accredito su conto corrente che, ricordiamo, deve essere intestato al solo richiedente, deve necessariamente essere sottoscritta e timbrata dal funzionario della banca/posta.

Allego:

- 1) modulo detrazioni d'imposta (allegato 1);
- 2) eventuale domanda di maggiorazione per gli ex combattenti (allegato 2);
- 3) certificato medico rilasciato da uno specialista di fiducia con l'indicazione della eziopatogenesi e dell'anamnesi della condizione di inabilità;
- 4) certificato dell'Agenzia delle entrate da cui si rilevi la data di inizio e l'eventuale data di cessazione dell'attività professionale di ragioniere (cod. 69.20.12 ex 7412B);
- 5) copia fotostatica (fronte e retro) di un documento di identità in corso di validità all'atto della presentazione della domanda.

Nota importante:

Al fine di rendere più agevole e veloce l'avvio della procedura di accertamento dello stato di inabilità (visita medica Inps), il certificato di cui al **punto 4)** può essere inoltrato anche successivamente alla data di presentazione della domanda e comunque al momento della comunicazione da parte della Cassa dell'esito dell'accertamento medico.

Si rammenta che la cancellazione dall'albo professionale è requisito indispensabile per la liquidazione della prestazione che decorrerà dal primo giorno del mese successivo a detta cancellazione.

Il modulo va compilato in stampatello maiuscolo in ogni sua parte.



DETRAZIONI D'IMPOSTA

(previste dal decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917)

Io sottoscritto/a			matricola	<input type="text"/>
cognome	<input type="text"/>	nome	<input type="text"/>	
nato/a il	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	prov. <input type="text"/>
codice fiscale	<input type="text"/>			
residente in via/piazza	<input type="text"/>	c.a.p.	<input type="text"/>	
comune	<input type="text"/>			prov. <input type="text"/>

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'

che, a decorrere dal _____ ho diritto alle seguenti detrazioni (mi impegno a comunicare entro 30 giorni ogni singola variazione relativa alla situazione sotto illustrata):
(compilare, con SI o NO, tutte le caselle ed in caso affermativo, fornire le ulteriori informazioni richieste)

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Detrazione per redditi da pensione
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Detrazione per il coniuge non legalmente ed effettivamente separato
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Detrazione per il primo figlio, in assenza del coniuge
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Detrazione nella misura del 50% per n. _____ figli, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati di età superiore ai tre anni
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Detrazione nella misura del 100% per n. _____ figli, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati di età superiore ai tre anni
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Detrazione nella misura del 100% per n. _____ figli, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati di età inferiore ai tre anni
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Detrazione nella misura del 100% per n. _____ figli, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati portatori di handicap
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Detrazione per n. _____ altre persone indicate nell'articolo 433 del codice civile che convivano con il contribuente o percepiscano assegni alimentari non risultanti da provvedimento dell'autorità giudiziaria
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Ulteriore detrazione dovuta alla presenza di almeno 4 figli a carico
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Detrazione nella misura del 50% per i figli inferiori ai tre anni di età o portatori di handicap e per altre persone (diverse dai figli).
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Detrazione prevista se alla formazione del reddito complessivo concorrono soltanto redditi di pensione non superiori a 7.500 euro, solo redditi di terreni per un importo non superiore a 185,92 euro ed il reddito dell'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e delle relative pertinenze.

Dati del coniuge se fiscalmente a carico

cognome nome

codice fiscale

nato/a il comune prov.

Dati di altri familiari se fiscalmente a carico

cognome nome

codice fiscale

nato/a il comune prov.

Dati di altri familiari se fiscalmente a carico

cognome nome

codice fiscale

nato/a il comune prov.

Dati di altri familiari se fiscalmente a carico

cognome nome

codice fiscale

nato/a il comune prov.

Dati di altri familiari se fiscalmente a carico

cognome nome

codice fiscale

nato/a il comune prov.

Letta l'informativa ex art. 13 del Decreto legislativo n. 196 del 2003, il/la sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), e si impegna a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati.

Firma _____



All'Associazione CASSA NAZIONALE DI
PREVIDENZA ED ASSISTENZA A FAVORE
DEI RAGIONIERI E PERITI COMMERCIALI
Via Pinciana, 35 - 00198 - ROMA

Luogo e data _____

Domanda di maggiorazione della pensione per gli ex combattenti

Io sottoscritto/a

cognome nome

nato/a il comune prov.

codice fiscale

CHIEDO

la liquidazione della maggiorazione della pensione prevista dall'art. 6 della legge del 15 aprile 1985, n. 140, nei confronti degli appartenenti alle categorie indicate dalla legge del 24 maggio 1970, n. 336 e successive modificazioni, in quanto posso far valere la qualifica di (*) _____

Allego la documentazione richiesta (**).

DICHIARO

di non avere usufruito e di non avere titolo a fruire, anche in parte, dei benefici previsti dalla citata legge n. 336/1970 e successive modificazioni;

di non avere inoltrato analoga domanda presso altri enti, istituti, fondi o casse previdenziali.

Letta l'informativa ex art. 13 del Decreto legislativo n. 196 del 2003, il/la sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000).

Firma _____

(*) specificare se: ex combattente, mutilato o invalido di guerra, vedova di guerra, profugo, orfano di guerra o di caduti per fatto di guerra, deportato, perseguitato politico o razziale;

(**) la documentazione da presentare è quella indicata, per ogni qualifica, nell'elenco allegato.

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE IN RELAZIONE ALLA QUALIFICA RIVESTITA

1. EX COMBATTENTI GUERRA 1935/36:
Copia del foglio matricolare o dello stato di servizio aggiornata al quadro campagne delle variazioni attestanti la partecipazione alle operazioni militari in Africa Orientale dal 3 ottobre 1935 al 5 maggio 1936;
2. EX COMBATTENTI GUERRA 1940/45, PARTIGIANI COMBATTENTI:
 - per i militari e sottufficiali di truppa: copia del foglio matricolare aggiornata al quadro delle campagne delle variazioni attestanti la partecipazione ad operazioni di guerra, secondo le disposizioni di cui al Decreto legge 4 marzo 1948, n. 137, rettificato con legge 23 febbraio 1952, n. 93;
 - per gli ufficiali: copia dello stato di servizio e dichiarazione integrativa attestanti la partecipazione ad operazioni di guerra secondo le disposizioni di cui al Decreto legge 4 marzo 1948, n. 137 ratificato con legge del 23 febbraio 1952, n. 93;
3. MUTILATI ED INVALIDI DI GUERRA, MUTILATI ED INVALIDI CIVILI DI GUERRA E REDUCI CIVILI DELLA DEPORTAZIONE O DELL'INTERNAMENTO DIVENUTI INABILI A PROFICUO LAVORO IN SEGUITO A LESIONI O INFERMITA' CONTRATTA A CAUSA DELLA DEPORTAZIONE O DELL'INTERNAMENTO:
 - Decreto di concessione della pensione a vita, ovvero certificato mod. 69 rilasciato dal Ministero del Tesoro;
 - Decreto di concessione dell'assegno "una tantum" ovvero certificato mod. 69 rilasciato dal Ministero del Tesoro;
 - Decreto di concessione dell'assegno rinnovabile ovvero certificato mod. 69 rilasciato dal Ministero del Tesoro, attestante che l'assegno rinnovabile è in godimento alla data di decorrenza del beneficio richiesto;
4. VEDOVE DI GUERRA:
Mod. 331 o mod. 10 rilasciato dalla Direzione generale delle pensioni di guerra nel quale dovrà essere esplicitamente dichiarato il godimento della pensione di guerra ai sensi dell'art. 55 della legge 10 agosto 1950, n. 643 o dell'art. 42 della legge 18 marzo 1968, n. 313;
5. PROFUGHI:
Attestazione prefettizia prevista dal decreto del Presidente della Repubblica del 4 luglio 1956, n. 1117; sono valide le attestazioni rilasciate ai sensi del decreto legge del Capo provvisorio dello Stato del 3 settembre 1947, n. 885 e decreto legge 25 febbraio 1948, n. 104;
6. ORFANI DI GUERRA O CADUTI PER FATTO DI GUERRA:
Certificato di iscrizione nell'elenco generale tenuto a cura della Prefettura a mente dell'art. 8 della legge 13 marzo 1958 , n. 365;
7. DEPORTATI:
Attestazione rilasciata dal Prefetto della provincia nel cui territorio l'interessato ha la sua residenza (D.L.L.gt. 14 febbraio 1946, n. 27);
8. PERSEGUITATI POLITICI E RAZZIALI SOTTO IL PASSATO REGIME FASCISTA:
Deliberazione adottata dalla Commissione prevista dall'art. 8 della legge 10 marzo 1955, n. 96.

**INFORMATIVA EX ART. 13 D.Lgs. n.196/03 e s.m.i. DELLA ASSOCIAZIONE "C.N.P.R."**

Si informa che:

- per l'erogazione prevista dalla legge delle prestazioni previdenziali ed assistenziali i dati personali, relativi alla propria posizione di iscritto e/o pensionato alla C.N.P.R., sono "trattati" (*art. 4*) in modo lecito e corretto (*art.11*) e sono raccolti, registrati, utilizzati e conservati da incaricati della C.N.P.R.: dipendenti, consulenti e terzi fornitori di servizi strettamente necessari per le finalità della Cassa ovvero trasmessi per le medesime finalità agli Ordini territoriali dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, agli Uffici finanziari, al Casellario centrale (istituito per legge presso l'INPS) delle posizioni previdenziali attive, all'INPS che provvede, ai sensi e per gli effetti di specifica convenzione stipulata con la C.N.P.R., ad effettuare, tramite le proprie strutture sanitarie, gli accertamenti sanitari necessari all'attribuzione ed alla revisione delle pensioni di invalidità e di inabilità, sia in caso di domanda sia in caso di ricorso avverso la negazione alla concessione di tali trattamenti pensionistici;
- hanno accesso alla base dati della Cassa le società di software house che sviluppano e gestiscono il sistema informativo della C.N.P.R.;
- la Banca Popolare di Sondrio, società cooperativa a r.l., con sede in Sondrio Piazza Garibaldi n.16, oltre a svolgere le funzioni di cassiere della Cassa, è incaricata, altresì, di effettuare le operazioni connesse alla stampa e diffusione dei moduli per la dichiarazione annuale relativa al reddito professionale ed al volume d'affari (c.d. MOD. A/19) e dei relativi bollettini di versamento nonché delle operazioni connesse all'acquisizione dei dati comunicati dagli iscritti mediante la compilazione del suddetto MOD. A/19;
- il conferimento dei dati personali, ivi compresi quelli contenuti nel MOD. A/19, è obbligatorio per ottenere le prestazioni della Cassa e l'eventuale rifiuto a fornire i dati richiesti comporta la mancata erogazione delle prestazioni stesse;
- nell'ipotesi di ritardata, omessa o infedele comunicazione dei dati (MOD. A/19), la C.N.P.R. è altresì autorizzata all'applicazione delle sanzioni previste dall'art. 44 del Regolamento di esecuzione;
- l'interessato al quale si riferiscono i dati ha diritto di accedere, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n.196/03 e s.m.i., ai dati stessi con richiesta inoltrata presso la sede sociale, in 00196 Roma Via Pinciana n.35, alla C.N.P.R., in qualità di Titolare del trattamento ovvero al Responsabile individuato nel dirigente della Cassa, Dott.ssa Daniela M. Antoniani.
