



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

Luogo e data _____

Domanda di pensione per totalizzazione

(Decreto legislativo 2 febbraio 2006, n. 42)

Io sottoscritto/a _____ matricola

cognome nome

nato/a il a prov.

codice fiscale

residente in
via/piazza

comune c.a.p. prov.

telefono cellulare

fax e-mail

CHIEDO

la pensione di: vecchiaia anzianità inabilità indiretta

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la mia responsabilità

DICHIARO

- di essere in regola con il pagamento del tributo cod. 556 (cioè con i versamenti effettuati fino all'anno 1999 tramite l'esattoria competente);
- di aver iniziato l'attività lavorativa di ragioniere libero professionista in data _____ con numero di partita IVA _____ codice attività _____ (allegare per ogni partita IVA posseduta, certificato storico rilasciato dall'ufficio IVA che attesti la data di inizio attività, il codice della P.I. ed ogni variazione);
- di non essere iscritto presso altra Cassa professionale;
- di essere a conoscenza che la totalizzazione deve riguardare tutti e per intero i periodi assicurativi in essere presso ciascuna delle gestioni previdenziali cui sono o sono stato iscritto;
- il seguente stato civile:

<input type="checkbox"/>	Celibe/Nubile		
<input type="checkbox"/>	Coniugato/a	dal	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Vedovo/a	dal	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Separato/a	dal	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Divorziato/a	dal	<input type="text"/>

dati del coniuge

cognome nome nato/a il a prov. codice fiscale Periodi assicurativi e/o contributivi maturati in Italia:

Ente previdenziale	tipo contribuzione	dal	al

 Periodi di lavoro svolti all'estero:

Stato	dal	al	Cassa estera

 Non ho richiesto alcun accredito figurativo Ho richiesto l'accredito figurativo presso:

Ente	data domanda	dal	al	tipologia accredito figurativo richiesto
				servizio militare
				disoccupazione
				maternità/astensione facoltativa
				astensione al di fuori rapporto lavoro
				malattia infortunio
				malattia specifica (tbc)
				cig
				congedi parentali
				carica pubblica elettiva/sindacale
				altro (specificare)

 Non ho presentato alcuna domanda di riscatto Ho presentato domanda di riscatto presso:

Ente	data domanda	dal	al	tipologia riscatto richiesto
				corso legale di laurea
				riscatto ex art. 13 L. 1338/62
				lavoro all'estero
				astensione facoltativa
				riscatto gestione speciale
				altro (specificare)

Non ho presentato domanda di ricongiunzione
 Ho presentato domanda di ricongiunzione in data
 presso

Non ho richiesto la restituzione dei contributi
 Ho richiesto la restituzione dei contributi in data
 presso

Dichiarazione situazione pensionistica	<input type="checkbox"/>	Non sono titolare di alcuna pensione		
	<input type="checkbox"/>	Sono titolare di pensione:		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<i>Tipo Pensione</i>	<i>Ente o Stato estero erogatore</i>	<i>decorrenza pensione</i>
	<input type="checkbox"/>	Non ho presentato domanda di pensione		
	<input type="checkbox"/>	Ho presentato domanda di pensione:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<i>Tipo pensione richiesta</i>	<i>Ente a cui è stata presentata la domanda</i>	<i>Data della domanda</i>	

Comunicazione attività lavorativa	<input type="checkbox"/>	Non svolgo alcuna attività lavorativa di qualsiasi natura dal (gg/mm/aaa)	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	Svolgo attività lavorativa autonoma o professionale in qualità di	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	Svolgo attività di collaborazione coordinata	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	Cesserò l'attività di lavoro autonomo o professionale il (gg/mm/aaa)	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	Cesserò l'attività lavorativa dipendente il (gg/mm/aaa)	<input type="text"/>

Redditi da lavoro autonomo, professionale, parasubordinato, d'impresa e redditi di partecipazione in società e imprese nonché da lavoro dipendente all'estero:

anno	dal	al	importo in euro

Firma _____

MODALITA' DI PAGAMENTO DELLA PENSIONE

Io sottoscritto/a _____ matricola _____
 cognome _____ nome _____
 nato/a il _____ a _____ prov. _____
 codice fiscale _____
 residente in _____
 via/piazza _____
 comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

CHIEDO il pagamento della pensione presso:

Ufficio postale Banca _____ Agenzia n. _____
 Via/Piazza _____ C.A.P. _____ Città _____
 Barrare la casella corrispondente
 Allo sportello Assegno circolare ABI _____ CAB _____

Qualora il pagamento della pensione debba essere effettuato con accredito su conto corrente, su libretto di risparmio nominativo o su carta prepagata, è necessaria la compilazione del relativo quadro sottostante da parte della Banca o dell'Ufficio Postale:

Sul mio conto corrente bancario nominativo
 IBAN _____ BIC _____

 data timbro della banca firma del funzionario

Sul mio conto corrente postale nominativo
 Codice ABI _____ CAB/FRAZIONARIO _____

 data timbro dell'Ufficio Postale firma del funzionario

Sul mio libretto a risparmio bancario nominativo
 Cod. IBAN _____ Codice BIC _____
 (da compilare solo se vengono utilizzati tali codici)

_____ data timbro della banca firma del funzionario

Sul mio libretto a risparmio postale nominativo
 Codice ABI _____ CAB/FRAZIONARIO _____

 data timbro della dell'Ufficio postale firma del funzionario

Su carta prepagata (solo per Banca Intesa nelle città di Bolzano, Cagliari, Imperia, Pavia, Pomezia, Potenza, Salerno, Vigevano)

BANCA INTESA Città _____
 Via/Piazza _____ c.a.p. _____ Agenzia _____
 Codice ABI **03069** CAB _____ Numero Carta _____
 _____ data timbro della banca firma del funzionario

Firma _____

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"/>
codice fiscale	<input type="text"/>	
nato/a il	comune <input type="text"/>	prov. <input type="text"/>
residente in	<input type="text"/>	c.a.p. <input type="text"/>
indirizzo	<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. |

Firma _____

AVVERTENZE: La detrazione per i familiari a carico spetta a condizione che il familiare posseda un reddito complessivo, al lordo delle deduzioni e degli oneri deducibili, non superiore al limite annualmente stabilito. *La presente dichiarazione ha effetto per tutte le pensioni, anche se erogate da Enti diversi.*

DELEGA PER LA RISCOSSIONE

Io sottoscritto/a

cognome nome codice fiscale

DELEGO

la persona sottoindicata a riscuotere quanto dovuto in relazione alla pensione

cognome nome sesso nato/a il comune prov. codice fiscale residente in c.a.p. indirizzo prov.

Firma del richiedente _____

Io sottoscritto/a _____

funzionario incaricato _____

ATTESTO CHE

il delegante sig. _____

identificato a mezzo _____

 (eventuale) impossibilitato a firmare poiché impedito per cause di natura fisica
 poiché incapace di scrivere

A conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 49 del D.P.R. 600/1973, e successive modificazioni, e dell'obbligo di comunicare tempestivamente le variazioni della sopraindicata situazione, nonché il verificarsi di qualsiasi evento che comporti variazione o modifica, soppressione o riduzione al trattamento pensionistico

MI HA DICHIARATO

che intende delegare la persona sopraindicata a riscuotere in suo nome e vece quanto dovutogli in relazione alla pensione con esonero dell'INPS e dell'ufficio pagatore da ogni responsabilità al riguardo

Data

Timbro

Firma

Si avverte che la delega sarà revocata qualora la pensione sia riscossa su conto corrente bancario o postale. La firma del delegante deve essere autenticata a norma dell'art. 21 del D.P.R. 445/200. All'autenticazione della firma possono provvedere il funzionario dell'INPS, il notaio, il cancelliere, il segretario comunale, o altro funzionario incaricato dal sindaco; per i residenti all'estero l'Autorità consolare italiana.

È opportuno che il richiedente, già titolare di una o più pensioni pagate dall'Istituto e riscosse a mezzo delega, indichi la persona già delegata.



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

DELEGA
per la riscossione delle quote sindacali (facoltativo)

Io sottoscritto/a _____ matricola _____
 cognome _____ nome _____
 nato/a il _____ a _____ prov. _____
 codice fiscale _____
 residente in _____
 via/piazza _____
 comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

AUTORIZZO

l'INPS, ai sensi dell'art. 23 octies della legge 11 agosto 1972, n. 485, a trattenere sulle rate mensili della pensione, compresa la tredicesima mensilità, al netto dei trattamenti di famiglia, le quote previste. L'importo di tale trattenuta deve essere versato quale quota di contributo al

sindacato _____

ACCETTO

che la presente delega si intenda tacitamente rinnovata di anno in anno, salvo revoca che produrrà i suoi effetti dal primo giorno del terzo mese successivo a quello in cui è pervenuta alla sede INPS che ha in carico la pensione.

Autorizzo ad utilizzare i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso (D. Lgs 196/2003).

Luogo	Data

Firma del Richiedente

Timbro dell'Organizzazione
Sindacale

Firma del Rappresentante
l'Organizzazione Sindacale

da completare solo per la RICHIESTA DI PENSIONE INDIRETTA

Dati del Ragioniere:

cognome nome
 nato/a il a prov.
 codice fiscale

Relazione di parentela con il/la richiedente

DA COMPILARE SOLO SE IL RICHIEDENTE E' IL CONIUGE DEL RAGIONIERE/A

Data del matrimonio Mantiene lo stato vedovile SI NO
 Ha Non ha contratto nuovo matrimonio il a

Ulteriore documentazione da allegare

- Certificato di morte dell'iscritto
- Stato di famiglia al giorno della morte dell'iscritto
- Estratto riassuntivo di atto di matrimonio
- Nel caso di figli maggiorenni dediti agli studi, inviare certificato di iscrizione all'università nei limiti della loro durata minima legale, certificato che va ripetuto annualmente;
- Dichiarazione con la quale il/la richiedente e gli altri superstiti attestano che non esistono altri aventi titolo alla pensione ai superstiti.
- Nel caso invece in cui esistano altri aventi titolo essi sono:

Rapporto	Cognome e Nome	Data di nascita	Codice Fiscale
Coniuge superstite			
Coniuge divorziato			
Figli legittimi o naturali			

Autorizzo gli Enti interessati a utilizzare i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso (D. Lgs 196/2003).

Allego, in applicazione dell'art. 38 del T.U. approvato con D.P.R. 445/2000, copia fotostatica (fronte e retro) del documento di identità/riconoscimento.

Data

Firma _____