

Alla  
CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA A FAVORE  
DEI DOTTORI COMMERCIALISTI  
Via della Purificazione 31  
00187 ROMA (RM)

c/a **UFFICIO RUOLI** (TEL.0647486201-254-379)  
(FAX 0647486247)

**OGGETTO: ISTANZA DI SGRAVIO CARTELLA ESATTORIALE N° .....**

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
il ...../...../..... residente a ..... prov. .... c.a.p. .... in  
via/piazza ..... n. .... tel. ....  
con studio in ..... prov. .... c.a.p. .... via .....  
..... n. .... tel./fax. ...., iscritto Cassa con decorrenza  
...../...../..... Codice fiscale |\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

**CHIEDE**

- lo **sgravio totale** della cartella esattoriale n° ..... relativa ai  
Ruoli di emissione anno .....;
- lo **sgravio parziale** della cartella esattoriale n° ..... relativa ai Ruoli di  
emissione anno ....., limitatamente alle contribuzioni e/o accessori riferentisi  
agli anni .....,  
notificatami in data ..... dal Concessionario del Servizio Riscossione Tributi per  
la provincia di ..... per le seguenti motivazioni:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALLEGA**

- la copia della suindicata cartella esattoriale;
- copie dei versamenti effettuati direttamente sul c/c postale 490011, intestato a codesta Cassa;
- certificato di chiusura partita I.V.A.;
- copia richiesta di restituzione dei contributi ai sensi dell'art. 21 L. n° 21/86;
- \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_.

....., ...../...../.....

Firma .....