

RACCOMANDATA A.R.

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

**OGGETTO: DOMANDA DI SUPPLEMENTO QUINQUENNALE DI PENSIONE**

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_  
il\_\_\_\_\_con domicilio fiscale in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| chiede la liquidazione del  
supplemento di pensione di vecchiaia con decorrenza 19..... ai sensi dell'art. 2 c. 7 della  
legge 29/1/86 n. 21 (art. 4 del Regolamento delle funzioni di previdenza vigente sino al 31/08/98).

A TAL FINE DICHIARA

- di essere ininterrottamente iscritto all'Albo professionale tenuto dall'Ordine dei Dottori Commercialisti di \_\_\_\_\_ fin dal \_\_\_\_\_ e di essere titolare di partita IVA individuale (e/o in studio associato) n° \_\_\_\_\_ codice di attività \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
ovvero
- di essere cancellato dall'Albo professionale tenuto dall'Ordine dei Dottori Commercialisti di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
ovvero
- di aver chiuso partita I.V.A. in data \_\_\_\_\_

DICHIARA INOLTRE

- di aver corrisposto regolarmente i contributi soggettivo ed integrativo dovuti alla Cassa per gli anni successivi al pensionamento di vecchiaia ed in particolare per gli anni \_\_\_\_\_
- di aver provveduto in data \_\_\_\_\_ al pagamento del contributo soggettivo ed integrativo relativi all'ultimo anno del richiesto supplemento, per i rispettivi importi di Lit. \_\_\_\_\_ e Lit. \_\_\_\_\_ di cui si allega copia dei relativi bollettini di versamento
- di aver **dichiarato** per i periodi di imposta antecedenti la decorrenza del supplemento sopra indicata i seguenti redditi netti professionali e volumi di affari I.V.A.

IRPEF

IVA

|         |       |       |
|---------|-------|-------|
| 19..... | ..... | ..... |
| 19..... | ..... | ..... |
| 19..... | ..... | ..... |
| 19..... | ..... | ..... |
| 19..... | ..... | ..... |

Data ..... Firma .....