

COMUNICAZIONE DI NON POSSESSO DELLA PARTITA IVA

Il/la sottoscritt _____ nat_ il ____/____/____
a _____, (prov. _____),
codice fiscale _____, abilitat_ come
Dottore Commercialista, iscritt_ alla Sezione A della Albo dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili
dell'Ordine di _____, consapevole delle responsabilità in caso di
dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità nonché della
decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (previste dagli articoli 75 e 76
del D.P.R. n. 445/2000), ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

(barrare l'ipotesi che ricorre)

- ☐ di non aver intrapreso l'esercizio dell'attività professionale di Dottore Commercialista né in forma associata né in forma individuale né come socio di società tra professionisti e, quindi, di non essere in possesso della partita IVA;
- ☐ di essere già esonerato dall'iscrizione alla Cassa e di aver cessato l'attività professionale con chiusura della partita IVA (individuale e/o dello studio associato e/o della società tra professionisti) n. _____ con codice attività n. _____ in data ____/____/____, e/o recesso dallo studio associato e/o dalla società tra professionisti in data ____/____/____;
- di avere la propria residenza anagrafica (domicilio fiscale) in _____, comune di _____, (prov. _____), Via _____, n. _____, c.a.p. _____;
- che i propri contatti sono:
tel.fisso _____, tel. cell. _____, e-mail _____,
posta elettronica certificata (PEC) _____ per ricevere ogni comunicazione, atto e documento relativo ai procedimenti di natura previdenziale e contributiva nonché per la trasmissione delle informazioni di carattere istituzionale da parte della CNPADC, ai sensi dell'articolo 16, comma 9, del D. L. n. 185/2008, convertito con L. n. 2/2009;

ALLEGA

- fotocopia di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità;



- copia del certificato di iscrizione alla sezione A dell'Albo dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili **CHE ATTESTI L'ABILITAZIONE DI DOTTORE COMMERCIALISTA E LA DECORRENZA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO** (*obbligatorio se ricorre l'ipotesi A*);
- copia del certificato di chiusura della partita IVA dello studio associato e/o della società tra professionisti e/o copia atto di recesso dallo studio associato e/o dalla società tra professionisti (*obbligatorio se ricorre l'ipotesi B*).

Data _____

Firma _____
(per esteso e leggibile)

Il/la sottoscritt____, dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016 pubblicata sul sito www.cnpadc.it

Data _____

Firma _____
(per esteso e leggibile)

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte ed inviato alla CNPADC tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo servizio.supporto@pec.cnpadc.it o tramite raccomandata A/R all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1, 00198.