



Associazione di Diritto Privato  
Via Mantova, 1  
00198 - Roma  
C.F. 80021670585

## DOMANDA DI ESONERO

art. 3 del Regolamento Unitario

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat. il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_, (prov. \_\_\_\_\_),  
codice fiscale \_\_\_\_\_, abilitat \_\_\_\_\_ come Dottore  
Commercialista, iscritt \_\_\_\_\_ alla Sezione A dell'Albo dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili  
dell'Ordine di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere esonerato dall'iscrizione alla Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti in quanto:

*(barrare la casella dell'ipotesi che ricorre)*

☐ **A.** è titolare di partita IVA e/o socio di studio associato e/o socio di società tra professionisti con partita IVA  
n. \_\_\_\_\_, codice attività n. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e iscritto alla seguente forma di previdenza obbligatoria  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ in conseguenza della diversa attività  
svolta di \_\_\_\_\_;

☐ **B.** è titolare di partita IVA e/o socio di studio associato e/o socio di società tra professionisti con partita IVA  
n. \_\_\_\_\_, codice attività n. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e beneficiario di trattamento pensionistico erogato da  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ in conseguenza della diversa attività  
svolta di \_\_\_\_\_;

☐ **C.** è titolare di partita IVA e/o socio di studio associato e/o socio di società tra professionisti con partita IVA  
n. \_\_\_\_\_, codice attività n. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ e con la presente comunica l'opzione per l'iscrizione alla Cassa di previdenza  
\_\_\_\_\_ a far tempo dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ in quanto iscritto anche  
all'Albo relativo alla professione di \_\_\_\_\_.

A tal fine, 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

- 1) che il proprio studio si trova in \_\_\_\_\_,  
comune di \_\_\_\_\_, (prov. \_\_\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, c.a.p. \_\_\_\_\_;
- 2) di avere la propria residenza anagrafica (domicilio fiscale) in \_\_\_\_\_,  
comune di \_\_\_\_\_, (prov. \_\_\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, c.a.p. \_\_\_\_\_;
- 3) 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**;
- copia del modello di attribuzione della partita IVA dello studio associato e/o della società tra professionisti (*obbligatorio se ricorre l'ipotesi*);
- copia della dichiarazione di inizio attività ai fini IVA dello studio associato e/o della società tra professionisti (*obbligatorio se ricorre l'ipotesi*);
- copia atto costitutivo o copia atto modificativo dello studio associato e/o della società tra professionisti (*obbligatorio se ricorre l'ipotesi*);
- certificato di iscrizione della società tra professionisti alla sezione speciale dell'albo o del registro tenuto presso l'ordine o il collegio professionale di appartenenza dei soci professionisti (*obbligatorio se ricorre l'ipotesi*);
- copia documentazione aggiornata comprovante l'iscrizione ad altro Ente di Previdenza obbligatorio o certificato di servizio aggiornato rilasciato dal datore di lavoro (*obbligatorio se ricorre l'ipotesi A*);
- copia del cedolino di pensione o della documentazione comprovante la titolarità del trattamento pensionistico (*obbligatorio se ricorre l'ipotesi B*);
- copia della documentazione aggiornata comprovante l'iscrizione ad altra Cassa professionale (*obbligatorio se ricorre l'ipotesi C*).



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](http://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](mailto:servizio.supporto@pec.cnpadc.it) o tramite raccomandata A/R all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1, 00198.