



CASSA
NAZIONALE
DI PREVIDENZA
E ASSISTENZA
FORENSE

Alla CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA FORENSE

— Servizio Istruttorie Previdenziali —

Via E. Quirino Visconti, 8

00193 ROMA

www.cassaforense.it

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALLA CASSA

Il/la sottoscritto/a,

nato/a a il / / con residenza in Via

..... al n..... CittàC.A.P ,

tel.....cell.....

E-mail:..... Codice Fiscale

Partita I.V.A.

CHIEDE LA CANCELLAZIONE PER:

→ **MANCANZA DELLA CONTINUITA' PROFESSIONALE**

DICHIARA

di aver prodotto relativamente agli anni (ultimi tre anni) :

anno | | | | reddito Irpef | | | | | | Volume d'affari IVA | | | | | |

anno | | | | reddito Irpef | | | | | | Volume d'affari IVA | | | | | |

anno | | | | reddito Irpef | | | | | | Volume d'affari IVA | | | | | |

→ **CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE CON CHIUSURA DELLA PARTITA IVA**

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di non svolgere più l'attività professionale e allega certificazione attestane:

1. la chiusura della partita Iva individuale

2. la chiusura della partita IVA associata

3. la variazione del codice attività da 69.10.10 a dal / /

4. il recesso della propria quota associativa dal / /

→ **INCOMPATIBILITA'**

DICHIARA

di trovarsi in situazione d'incompatibilità con lo svolgimento della professione forense in base all'articolo 3 del R.D.L. 27 novembre 1933, n. 1578 convertito con legge 22.01.1934 n. 36 e successive modifiche per il periodo dal / / al / / , come da certificazione allegata.

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000)

Data/...../.....

Firma.....

N.B. : Il presente modulo deve essere interamente compilato e sottoscritto, nonché spedito con raccomandata a/r