CASSA FORENSE

**PRESTAZIONI PREVIDENZIALI**
**RICONGIUNZIONI & RISCATTI**
*www.cassaforense.it*

**CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA**
**E ASSISTENZA FORENSE**
Via G. G. Belli, 5
00193 ROMA
*PEC: istituzionale@cert.cassaforense.it*

# DOMANDA DI PRESTAZIONE CONTRIBUTIVA

✉ **PRESTAZIONE CONTRIBUTIVA**
**PER I PENSIONATI DI VECCHIAIA** (art. 59 Regolamento Unico della Previdenza Forense)

IL / LA Sottoscritto/a _____

**CHIEDE** la concessione della prestazione sopra indicata

**RENDE,** ai sensi del DPR 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di falsa attestazione, le seguenti dichiarazioni:

A) Essere nato/a ……..…….Prov. |_|_|, il |__|__|/ |__|__| / |__|__|__|__|
B) Avere residenza in Via……..…….. n. civico ……..…..
Città …….…. Prov. |_|_|, C.A.P|_|_|_|_|_|, tel. ……..…….. cellulare……
C) Avere studio in Via……..…….. n. civico ……..…..
Città ……..…… Prov. |_|_|, C.A.P|_|_|_|_|_|, tel. ……..…… fax ……
Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Partita I.V.A. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
D) Essere pensionato di vecchiaia
E) Essere cancellato da tutti gli Albi professionali forensi

F) Avere prodotto, nell'anno della decorrenza della cancellazione dalla Cassa ed in quello precedente (questi ultimi seppur presuntivi), un reddito netto professionale e volume d'affari, derivanti dall'esercizio della libera professione forense, pari a:

| ANNO DI DICHIARAZIONE | ANNO DI PRODUZIONE | REDDITO NETTO PROFESSIONALE | VOLUME D'AFFARI |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

G) *Compilare solo se in rettifica dell'attuale modalità di pagamento utilizzata per il pagamento della pensione*

NUOVO IBAN relativo al c/c bancario/postale intestato a proprio nome, sul quale accreditare l'importo della prestazione:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Codice BIC/SWIFT
*(obbligatorio solo per pagamenti internazionali)*

Il/La sottoscritto/a **DICHIARA** di aver preso visione dell'Informativa al trattamento dei Suoi dati personali (e/o per eventuali familiari riportati in domanda) visitando il sito *www.cassaforense.it*, sezione La Cassa / Privacy Policy.

**SOTTOSCRIVE.,** ai sensi dell'art. 23 D. Lgs. 196/03, la dichiarazione di consenso informato per il trattamento dei dati riportati per le finalità connesse all'erogazione delle prestazioni richieste.

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

Firma.....

*Allega:*

☐ **fotocopia di un documento di riconoscimento valido**, purché munito di fotografia e di timbro, rilasciato da un'amministrazione dello Stato (obbligatorio).