ACCERTAMENTI CONTRIBUTIVI E DICHIARATIVI
www.cassaforense.it

CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA
E ASSISTENZA FORENSE
Ufficio Rimborsi
Via Giuseppe Gioacchino Belli, 5
00193 ROMA

DOMANDA DI RIMBORSO – ISCRITTI/CANCELLATI ALBO

Il/La sottoscritto/a (Nome e Cognome) ……………………………………………………………………………

Codice meccanografico |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nato/a……………………………………………………………………….il |__|__||__|__||__|__|__|__|

con residenza in Via…………………………………………………………………………………… n…………

Città ………………………………………………………………………, C.A.P|__|__|__|__|__|

tel. ……………………………, cell. ………………………………………

chiede il rimborso dei maggiori versamenti eseguiti in riferimento all'anno:

………..

Note: ……

………..

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL RIMBORSO

Trattamento dei dati sensibili (artt. 10 e 13 della legge 31/12/1996 n. 675) che questo Ente utilizzerà ai soli fini del pagamento

Il/La sottoscritto/a (Nome e Cognome) ……………………………………………………………………………

chiede che la somma spettante gli venga liquidata come segue:

a mezzo bonifico bancario o postale a me intestato presso la ………………………………………………

codice IBAN

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Codice BIC/SWIFT

(obbligatorio solo per pagamenti internazionali)

Letta l'informativa ex art. 13 D.Lgs. n. 196/03 il/la sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza 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 …………………………………………..

Allegare fotocopia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità