

D I C H I A R A

- a)** - di essere in regola con le prescritte dichiarazioni reddituali (Modd. 5)
- di essere in regola con il pagamento dei contributi previdenziali
 - di non godere di alcun trattamento di pensione
 - di non aver percepito, per lo stesso periodo, l'indennità di maternità e/o altri sussidi assistenziali
- b)** conferma i redditi netti, già comunicati alla Cassa, derivanti dall'esercizio della libera professione forense, dichiarati ai fini IRPEF, nei tre anni antecedenti l'evento, o per tutti gli anni di iscrizione alla Cassa, se inferiori a tre.

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.....

C H I E D E

che l'indennizzo sia pagato mediante:

accredito sul conto corrente bancario/postale, intestato a proprio nome, presso:

Agenzia N. _____ di _____

Codice IBAN _____

Data

Firma.....

Allega :

- **certificazione medica come da facsimile allegato attestante l'impossibilità ad esercitare l'attività professionale per almeno due mesi**
- **dichiarazione sostitutiva di atto notorio (DPR 445/2000) da cui risulti l'assoluta impossibilità ad esercitare l'attività professionale per almeno due mesi**
- **eventuale dichiarazione di surrogato per il caso di infortunio**
- **fotocopia di un documento di riconoscimento valido, purché munito di fotografia e di timbro, rilasciato da un'amministrazione dello Stato**

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196)

Si comunica che la presente domanda verrà trattata da questo Ente nell'ambito delle proprie finalità istituzionali e trasmessa, unitamente alla documentazione medica ivi allegata, come previsto dal Regolamento per l'erogazione dell'assistenza, al Delegato di zona, per la nomina di un Medico.

Poiché ai sensi dell'art.23 del suddetto D.Lgs n.196/2003, il consenso deve essere manifestato in forma scritta qualora il trattamento riguardi dati personali, **si invita a sottoscrivere** il presente consenso.

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a

(cognome)

(nome)

Acquisite le informazioni di cui all'art.13 del D.Lgs n. 196/03, **esprime il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali** da parte della Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza Forense nell'ambito delle proprie finalità istituzionali e di quelle connesse all'istruttoria della domanda di :

ASSISTENZA INDENNITARIA

nonché alla **trasmissione** della documentazione medica **al Delegato della Cassa**, competente per territorio, nella persona dell'Avv..... che provvederà ad inoltrarla al medico designato per la visita.

Data

Firma.....

ASSISTENZA INDENNITARIA PER INFORTUNIO

Il/La sottoscritto/a.....

D I C H I A R A che:

f) **l'infornio** da cui è derivata l'infermità è avvenuto in data
con le seguenti modalità:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

senza responsabilità di terzi **con responsabilità di terzi**

g) **l'autore** è stato: (nome e cognome).....

h) **il responsabile civile** è:.....
(sede domicilio).....

i) **la persona o l'Ente** è assicurato per danni contro terzi: SI NO

l) **la denominazione** e l'indirizzo della società di assicurazione e/o di qualsiasi persona o Ente responsabili sono:.....

m) **ha già ottenuto un indennizzo**: SI pari ad €.....NO
(data del pagamento:.....)

n) **nei confronti dello stesso autore** pende procedimento penale: SI NO

ovvero

o) **ha proposto azione civile** per ottenere il risarcimento del danno: SI NO

D I C H I A R A d i S U R R O G A R E

ai sensi dell'art. 1201 Codice Civile, la Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza Forense – Fondazione di Diritto Privato – con sede in Roma, 00193- Via G.G. Belli n. 5 – nei propri diritti fino alla concorrenza dell'importo lordo che verrà liquidato dalla Cassa

A tal fine

S I I M P E G N A

- nella richiesta di risarcimento del danno al responsabile e/o all'istituto assicuratore, ad **individuare quale oggetto della richiesta espressamente anche il risarcimento del danno da lucro cessante per perdita della capacità lavorativa specifica**, nonché a rendere edotto il responsabile e/o l'istituto assicuratore della **presentazione della presente domanda e/o dell'avvenuta percezione dell'indennizzo da parte della Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza Forense**;
- **a trasmettere** alla Cassa copia della documentazione relativa all'eventuale procedimento penale intrapreso nei confronti del responsabile nonché copia degli atti del procedimento civile per il risarcimento del danno ed ogni sentenza o ordinanza esecutiva resa dall'autorità giudiziaria civile o penale, entro venti giorni dalla notifica o dal deposito in cancelleria, ovvero copia dell'eventuale successivo atto di transazione;
- **a dare immediata comunicazione, in caso di indennizzo, dell'importo ricevuto e delle voci di danno risarcite, pena la restituzione della indennità eventualmente erogata da Cassa Forense per l'infortunio denunciato.**

Allega: documentazione comprovante l'ammontare dell'indennizzo già ricevuto dall'istituto assicuratore o dal responsabile del danno.

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.....

ALLA CASSA NAZIONALE DI
PREVIDENZA E ASSISTENZA FORENSE
Assistenza e Servizi Avvocatura
Via G. G. Belli, 5
00193 ROMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____ nato/a a _____

(Prov. _____) il _____ residente a _____ (Prov. _____)

Via _____ c.a.p. _____ Tel. _____ -

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 15, comma 1, del Regolamento per l'erogazione dell'Assistenza

che per la malattia del ____/____/____

che per l'infortunio occorso il ____/____/____

nel periodo dal _____ al _____

non ha potuto esercitare continuativamente in maniera assoluta l'attività professionale.

Letta l'informativa ex art. 13 D.lgs n.196/03, il/ la sottoscritto 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 _____

(il/la dichiarante)

Allega:

fotocopia, di entrambi i lati, della carta d'identità o di un documento di riconoscimento

Settore Assistenza Indennitaria
(Allegare alla domanda di assistenza indennitaria)

ALLA CASSA NAZIONALE DI
PREVIDENZA E ASSISTENZA FORENSE
Assistenza e Servizi Avvocatura
Via G. G. Belli, 5
00193 ROMA

CERTIFICATO MEDICO

per l'erogazione dell'Assistenza Indennitaria

Si certifica che l'Avvocato: _____

nato/a il _____ è/è stato/a affetto/a da:

che per la malattia del ____/____/____

che per l'infortunio occorso il ____/____/____

nel periodo dal _____ al _____

la suddetta patologia ha impedito in maniera assoluta l'esercizio dell'attività professionale forense.

Data

Firma e timbro del medico

____/____/____

ATTESTAZIONE DI ESONERO DALL'APPLICAZIONE DELLA RITENUTA DI ACCONTO¹

Il/La sottoscritto/a nato/a a il con domicilio fiscale in alla Via, esercente l'attività di AVVOCATO, codice fiscale partita I.V.A. n.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di aderire al regime fiscale di vantaggio² di cui all'art. 27, commi 1 e 2 del Decreto legge 6 luglio 2011 n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011 n. 111 e di assoggettare i compensi provenienti dalla propria attività professionale ad imposta sostitutiva.

oppure

- di aderire al regime forfetario previsto dall'art. 1, commi da 54 a 89, della Legge del 23 dicembre 2014 n. 190 e s.m.i. e di assoggettare i compensi provenienti dalla propria attività professionale ad imposta sostitutiva.

CHIEDE

l'esonero dall'applicazione della ritenuta di acconto sulla somma spettante.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati dichiarati.

Luogo e data _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a rende la dichiarazione contenuta nella presente, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dei benefici conseguiti per effetto della dichiarazione non veritiera (artt. 75 e 76 del DPR 445/2000).

Data _____

Firma _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Dichiaro di aver letto l'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento Generale sulla protezione dei dati UE 2016/679, su modalità e termini di trattamento dei dati personali comunicati a Cassa Forense riportata sul sito internet della Cassa.

Data _____

Firma _____

¹ L'attestazione di esonero dall'applicazione della ritenuta di acconto deve riferirsi all'anno di liquidazione dell'indennità da parte dell'Ente.

² Ai sensi dell'art. 1 comma 88 della Legge del 23.12.2014 n. 190 "I soggetti che nel periodo di imposta in corso al 31 dicembre 2014 si avvalgono del regime fiscale di vantaggio di cui all'art. 27, commi 1 e 2, del decreto- legge 6 luglio 2011 n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, possono continuare ad avvalersene per il periodo che residua al completamento del quinquennio agevolato e comunque fino al compimento del trentacinquesimo anno di età".

In deroga a quanto previsto dall'art. 1, comma 85, lettera b) della Legge 23 dicembre 2014 n. 190, si veda l'art. 10, comma 12-undecies, del Decreto legge del 31 dicembre 2014, n. 192, come modificato in sede di conversione dalla legge 27 febbraio 2015 n. 11.