



D. Il reddito netto professionale ed il volume d'affari, derivanti dall'esercizio della libera professione forense del de cuius, prodotti nell'anno precedente alla domanda di pensione e nell'anno in corso (questi ultimi seppur presuntivi), sono i seguenti:

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

E. Il codice IBAN relativo al c/c bancario/postale a me intestato sul quale accreditare l'importo di pensione è il seguente:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice BIC/SWIFT  
(obbligatorio solo per pagamenti internazionali)

**SEZIONE A**

**DICHIARA:**

- I. Essere inabile a qualsiasi lavoro e allega documentazione medica attestante la sussistenza dell'inabilità assoluta e permanente alla data del decesso del genitore;
- II. Alla data del decesso del genitore era a carico dello stesso;
- III. Alla data del decesso del genitore il proprio reddito annuo era di € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(allegare documentazione fiscale / indicare anche se pari a zero)

**N.B. : Compilare obbligatoriamente gli allegati 1) e 2)**

## SEZIONE B

### DICHIARA:

1. Alla data del decesso del genitore frequentava il seguente corso di studi in .....

- **PRIMO ANNO DI IMMATRICOLAZIONE** |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|
- **DURATA DEL CORSO LEGATE DI STUDI**  ANNI

Per gli anni successivi al decesso i seguenti corsi

Anno scolastico/Accademico	Istituto/università	Classe/anno
_ _ _ _  /  _ _ _ _ _		
_ _ _ _  /  _ _ _ _ _		

2. Alla data del decesso del genitore:

**ERA A CARICO DELLO STESSO**  **NON ERA A CARICO DELLO STESSO**

NON prestava attività di lavoro retribuito

PRESTAVA attività di lavoro retribuito

con emolumenti percepiti mensilmente di € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_

con contratto a tempo determinato dal |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

con contratto a tempo indeterminato dal |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

3.  NON PRESTA **attualmente** attività di lavoro retribuito

PRESTA **attualmente** attività di lavoro retribuito:

con emolumenti percepiti mensilmente di € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_

con contratto a tempo determinato dal |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

con contratto a tempo indeterminato dal |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

4. Alla data del decesso del genitore, il proprio reddito annuo era di € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_  
(allegare documentazione fiscale / indicare anche se pari a zero)

### SI IMPEGNA

- I. A trasmettere, **entro il 15 novembre** di ogni anno, dichiarazione sostitutiva di certificazione, attestante l'avvenuta iscrizione ad un corso legale di studi, la durata e l'anno accademico;
- II. a comunicare, tempestivamente, l'eventuale inizio di una attività di lavoro retribuito a tempo indeterminato o determinato;

III. a comunicare, tempestivamente, qualsiasi variazione dovesse intervenire rispetto a quanto precedentemente dichiarato.

**RICHIESTA DETRAZIONI**

**SI** (Compilare il modulo allegato)  
 **NO**

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](http://www.cassaforense.it), sezione La Cassa / Privacy Policy.

**SOTTOSCRIVE**, ai sensi del 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**)
- Documentazione medica (obbligatorio)**
- Autocertificazione relativa all'applicazione delle detrazioni d'imposta se richieste**

Allegare in caso di compilazione della sezione A

## ACCERTAMENTO MEDICO

(ART. 56, comma I, DEL REGOLAMENTO UNICO DELLA PREVIDENZA FORENSE)

### INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI (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, al Delegato di zona Avv. ...., per la nomina di una Commissione Medica, come previsto dal Regolamento Unico della previdenza Forense.*

### CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

### ESPRIME,

Acquisite le informazioni di cui al D. Lgs n. 196/03, il proprio consenso al trattamento dei suoi dati anche da parte della Commissione Medica e alla trasmissione della documentazione medica al Delegato sopra indicato, appartenente al collegio in cui è compreso l'ordine forense al quale era iscritto il richiedente.

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

Firma.....

*Allegare in caso di compilazione della sezione A*

### CERTIFICATO MEDICO

**per il conseguimento della pensione indiretta/reversibilità prevista dall'art.58 del Regolamento Unico della Previdenza Forense per gli orfani maggiorenni inabili**

Si certifica che il Sig. ....nato il |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  
è affetto da:

---

---

---

---

---

a **decorrere** dal |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

**Tale patologia comporta l'inabilità assoluta e permanente a svolgere qualsiasi attività lavorativa, alla data del decesso dell'Avv.**

\_\_\_\_\_.

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

Firma e timbro del medico