

C) Che l'Avv. _____

Meccanografico |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

nato/a a _____ Prov. _____ il |_|_|_|_|/|_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|_|

è deceduto il |_|_|_|_|/|_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|_|

D) Carriera assicurativa (indicare i periodi in ordine cronologico)

che il de cuius aveva maturato i seguenti periodi contributivi nelle gestioni previdenziali sotto indicate di cui si allega estratto previdenziale e che non aveva acquisito altri periodi di contribuzione presso altre gestioni previdenziali oltre quelli sotto indicati:

ENTE	PERIODO GESTIONE PREVIDENZIALE	
	DAL	AL

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

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

SEZIONE B

DICHIARA:

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

- **PRIMO ANNO DI IMMATRICOLAZIONE** |_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|
- **DURATA DEL CORSO LEGALE 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, 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.....

Firma e timbro del medico