



All'Associazione
Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza
a favore dei Ragionieri e Periti commerciali
Via Pinciana, 35 - 00198 Roma
AREA PRESTAZIONI - PENSIONI

Data

DOMANDA DI PENSIONE DI ANZIANITÀ PER TOTALIZZAZIONE

(Decreto legislativo 2 febbraio 2006, n. 42)

Da inviare tramite raccomandata a/r o via e-mail pec a: prestazioni@pec.cassaragionieri.it

IO SOTTOSCRITTO / A

MATRICOLA Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale

Residente in via/piazza

Comune Prov. CAP

Telefono Cellulare Fax

E-mail E-mail PEC

CHIEDO

la pensione di anzianità per totalizzazione. A tal fine,

DICHIARO

A di essere in regola con il pagamento del tributo cod. 556;
(*Cioè con i versamenti effettuati fino all'anno 1999 tramite l'esattoria competente*)

B di aver iniziato l'attività lavorativa di ragioniere libero professionista

in data con numero di partita IVA codice attività ;

(*Allegare per ogni partita IVA posseduta, la certificazione storica che attesti la data di inizio attività, il codice della P.I. ed ogni variazione*)

C di non essere iscritto presso altra Cassa professionale;

D di essere a conoscenza che la totalizzazione deve riguardare tutti e per intero i periodi assicurativi in essere presso ciascuna delle gestioni previdenziali cui sono o sono stato iscritto;

E il mio stato civile:

- Celibe/Nubile
- Coniugato/a dal
- Vedovo/a dal
- Separato/a dal
- Divorziato/a dal

Dati del coniuge (da indicare anche se non a proprio carico)

Cognome	Nome	
nato/a il:	a:	Prov.
C.F.		

F Periodi assicurativi e/o contributivi maturati in Italia:

ENTE PREVIDENZIALE	TIPO CONTRIBUZIONE	DAL	AL

G Periodi di lavoro svolti all'estero:

STATO	DAL	AL	CASSA ESTERA

H Non ho richiesto alcun accredito figurativo.

Ho richiesto l'accredito figurativo presso:

ENTE	DATA DOMANDA	DAL	AL	TIPOLOGIA ACCREDITO FIGURATIVO RICHIESTO
				SERVIZIO MILITARE
				DISOCCUPAZIONE
				MATERNITÀ/ASTENSIONE FACOLTATIVA
				ASTENSIONE FUORI RAPPORTO LAVORO
				MALATTIA INFORTUNIO
				MALATTIA SPECIFICA (TBC)
				CIG
				CONGEDI PARENTALI
				CARICA PUBBLICA ELETTIVA/SINDACALE
				ALTRO (specificare)

I Non ho presentato alcuna domanda di riscatto.

Ho presentato domanda di riscatto presso:

ENTE	DATA DOMANDA	DAL	AL	TIPOLOGIA RISCATTO RICHIESTO
				CORSO LEGALE DI LAUREA
				RISCATTO EX ART. 13, L. 1338/62
				LAVORO ALL'ESTERO
				ASTENSIONE FACOLTATIVA
				RISCATTO GESTIONE SPECIALE
				ALTRO (specificare)

L Non ho presentato domanda di ricongiunzione.

Ho presentato domanda di ricongiunzione c/o: ENTE DATA

M Non ho richiesto la restituzione dei contributi.

Ho richiesto la restituzione dei contributi c/o: ENTE DATA

N**DICHIARAZIONE SITUAZIONE PENSIONISTICA**

Non sono titolare di alcuna pensione.

Sono titolare di pensione:

TIPO PENSIONE

ENTE O STATO ESTERO EROGATORE

DECORRENZA PENSIONE

Non ho presentato domanda di pensione.

Ho presentato domanda di pensione:

TIPO PENSIONE RICHIESTA

ENTE A CUI È STATA PRESENTATA LA DOMANDA

DATA DELLA DOMANDA

O**COMUNICAZIONE ATTIVITÀ LAVORATIVA**

Non svolgo alcuna attività lavorativa di qualsiasi natura da:

(GG/MM/AAAA)

Svolgo attività lavorativa autonoma o professionale in qualità di:

QUALIFICA

Svolgo attività di collaborazione coordinata.

Cesserò l'attività di lavoro autonomo o professionale il:

(GG/MM/AAAA)

Cesserò l'attività lavorativa dipendente il:

(GG/MM/AAAA)

P Redditi da lavoro autonomo, professionale, parasubordinato, d'impresa e redditi di partecipazione in società e imprese nonché da lavoro dipendente all'estero:

ANNO	DAL	AL	IMPORTO IN EURO

Letta l'informativa artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679 [[link diretto al sito](#)], rendo 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 veritiera (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), e mi impegno a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati.

Firma

Allegare copia (*fronte e retro*) di un documento di identità in corso di validità.

Segue >

MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA PENSIONE

IO SOTTOSCRITTO / A

MATRICOLA Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale

Residente in via/piazza

Comune Prov. CAP

CHIEDO

il pagamento della pensione presso:

UFFICIO POSTALE DI: **N.**

INDIRIZZO

COMUNE

CAP

CODICE ABI CODICE CAB/FRAZIONARIO *(I codici ABI e CAB/FRAZIONARIO sono forniti dall'ufficio postale)*

ALLO SPORTELLO IN CONTANTI *(solo per importi fino a 1.000 euro; art. 12, Legge 22/12/2011, n. 214)*

Qualora il pagamento della pensione debba essere effettuato con accredito su conto corrente nominativo, su libretto di risparmio nominativo o su carta prepagata, è necessaria la compilazione del relativo quadro da parte dell'Ufficio Postale:

SUL MIO **CONTO CORRENTE POSTALE NOMINATIVO**

IBAN: BIC:

TIMBRO DELL'UFFICIO POSTALE

FIRMA DEL FUNZIONARIO

DATA

SUL MIO **LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO N.**

TIMBRO DELL'UFFICIO POSTALE

FIRMA DEL FUNZIONARIO

DATA

SU **CARTA PREPAGATA**

ABI

CAB

NUMERO CARTA

TIMBRO DELL'UFFICIO POSTALE

FIRMA DEL FUNZIONARIO

DATA

BANCA [.....]

AGENZIA N. [.....]

INDIRIZZO

COMUNE

CAP

PROV.

CODICE ABI

CODICE CAB

*(I codici ABI e CAB sono forniti dalla Banca)***ALLO SPORTELLO IN CONTANTI** *(solo per importi fino a 1.000 euro; art. 12, Legge 22/12/2011, n. 214)*

*Qualora il pagamento della pensione debba essere effettuato con accredito su **conto corrente nominativo**, su **libretto di risparmio nominativo** o su **carta prepagata**, è necessaria la compilazione del relativo quadro da parte della Banca:*

SUL MIO CONTO CORRENTE NOMINATIVOIBAN: BIC: 

TIMBRO DELLA BANCA

FIRMA DEL FUNZIONARIO

DATA **SUL MIO LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO**IBAN: BIC: 

TIMBRO DELLA BANCA

FIRMA DEL FUNZIONARIO

DATA **SU CARTA PREPAGATA N.**IBAN: 

TIMBRO DELLA BANCA

FIRMA DEL FUNZIONARIO

DATA 

Letta l'informativa artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679 [[link diretto al sito](#)], rendo 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 veritiero (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), e mi impegno a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati.

Firma

DETRAZIONI D'IMPOSTA

(Previste dal Decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917)

IO SOTTOSCRITTO / A

MATRICOLA Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale Telefono E-mail / Pec

Residente in via/piazza

Comune Prov. CAP

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ

Di non volere beneficiare delle detrazioni d'imposta.

Di volere l'applicazione di una aliquota Irpef più elevata, calcolando l'imposta linda con la sola aliquota indicata e non a scaglioni di reddito, rinunciando alle detrazioni di imposta (mi impegno a rinnovare la richiesta ogni anno)

[scegliere una tra le possibili aliquote]

23 35 43

che, a decorrere dal / / ho diritto alle seguenti detrazioni (mi impegno a comunicare entro 30 giorni ogni singola variazione relativa alla situazione sotto illustrata):

[Barrare, SI o NO, tutte le caselle e, in caso affermativo, fornire le ulteriori informazioni richieste]

SI NO Detrazione per redditi da pensione.

SI NO Detrazione prevista se alla formazione del reddito complessivo concorrono soltanto redditi di pensione non superiori a 7.500 euro, solo redditi di terreni per un importo non superiore a 185,92 euro e il reddito dell'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e delle relative pertinenze.

SI NO Detrazione per il coniuge non legalmente ed effettivamente separato.

(Dal 2025 i contribuenti che non sono cittadini italiani o di uno Stato membro dell'UE o del SEE non potranno beneficiare delle detrazioni per familiari a carico residenti all'estero).

DATI DEL CONIUGE DA INDICARE ANCHE SE NON A CARICO:

(SE IL CONIUGE È A CARICO INDICARE:)

Data del matrimonio / /

DAL MESE DI: AL MESE DI:

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DETRAZIONI PER FIGLI A CARICO DI ETÀ COMPRESA TRA 21 E 30 ANNI

DETRAZIONE PER IL PRIMO FIGLIO NON DISABILE, IN ASSENZA DEL CONIUGE, DI ETÀ COMPRESA TRA 21 E 30 ANNI

DATI RELATIVI AL PRIMO FIGLIO FISCALMENTE A CARICO	DAL MESE DI:	AL MESE DI:
Cognome Nome		
Nato/a il a Prov. C.F.		

DETATI RELATIVI AL FIGLIO FISCALMENTE A CARICO DI ETÀ COMPRESA TRA 21 E, SE NON DISABILE, 30 ANNI

PERCENTUALE A CARICO	DAL MESE DI:	AL MESE DI:	DISABILE:
<input type="checkbox"/> 50% <input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
Cognome Nome			
Nato/a il a Prov. C.F.			

DETATI RELATIVI AL FIGLIO FISCALMENTE A CARICO DI ETÀ COMPRESA TRA 21 E, SE NON DISABILE, 30 ANNI

PERCENTUALE A CARICO	DAL MESE DI:	AL MESE DI:	DISABILE:
<input type="checkbox"/> 50% <input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
Cognome Nome			
Nato/a il a Prov. C.F.			

DETATI RELATIVI AL FIGLIO FISCALMENTE A CARICO DI ETÀ COMPRESA TRA 21 E, SE NON DISABILE, 30 ANNI

PERCENTUALE A CARICO	DAL MESE DI:	AL MESE DI:	DISABILE:
<input type="checkbox"/> 50% <input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
Cognome Nome			
Nato/a il a Prov. C.F.			

DETATI RELATIVI AL FIGLIO FISCALMENTE A CARICO DI ETÀ COMPRESA TRA 21 E, SE NON DISABILE, 30 ANNI

PERCENTUALE A CARICO	DAL MESE DI:	AL MESE DI:	DISABILE:
<input type="checkbox"/> 50% <input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
Cognome Nome			
Nato/a il a Prov. C.F.			

DETATI RELATIVI AL FIGLIO FISCALMENTE A CARICO DI ETÀ COMPRESA TRA 21 E, SE NON DISABILE, 30 ANNI

PERCENTUALE A CARICO	DAL MESE DI:	AL MESE DI:	DISABILE:
<input type="checkbox"/> 50% <input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
Cognome Nome			
Nato/a il a Prov. C.F.			

**DETRAZIONI PER ALTRI FAMILIARI A CARICO CONVIVENTI E ASCENDENTI (GENITORI, NONNI, BISNONNI)
CHE POSSEGGONO UN REDDITO ANNUO NON SUPERIORE A 2.840,51 EURO
[AL LORDO DEGLI ONERI DEDUCIBILI DI CUI ALL'ARTICOLO 10 DEL TUIR]**

DATI DI ALTRO FAMILIARE ASCENDENTI E CONVIVENTI FISCALMENTE A CARICO:

PERCENTUALE A CARICO

DAL MESE DI:

AL MESE DI:

50%**100%**

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DATI DI ALTRO FAMILIARE ASCENDENTI E CONVIVENTI FISCALMENTE A CARICO:

PERCENTUALE A CARICO

DAL MESE DI:

AL MESE DI:

50%**100%**

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DATI DI ALTRO FAMILIARE ASCENDENTI E CONVIVENTI FISCALMENTE A CARICO:

PERCENTUALE A CARICO

DAL MESE DI:

AL MESE DI:

50%**100%**

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DATI DI ALTRO FAMILIARE ASCENDENTI E CONVIVENTI FISCALMENTE A CARICO:

PERCENTUALE A CARICO

DAL MESE DI:

AL MESE DI:

50%**100%**

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

Letta l'informativa artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679 [[link diretto al sito](#)], rendo 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 veritiero (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), e mi impegno a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati.

Firma

DELEGA PER LA RISCOSSIONE

IO SOTTOSCRITTO / A

Cognome Nome

Codice Fiscale

DELEGO

la persona sottoindicata a riscuotere quanto dovuto in relazione alla pensione.

Cognome Nome

 M F

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale

Residente in Prov. C.A.P.

Indirizzo

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Io sottoscritto/a

funzionario incaricato

ATTESTO CHE

il delegante sig.

identificato/a a mezzo:

è impossibilitato a firmare

poiché impedito per cause di natura fisica

poiché incapace di scrivere

ha firmato in mia presenza

A conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 49 del D.P.R. 600/1973, e successive modificazioni, e dell'obbligo di comunicare tempestivamente le variazioni della sopraindicata situazione, nonché il verificarsi di qualsiasi evento che comporti variazione o modifica, soppressione o riduzione al trattamento pensionistico,

MI HA DICHIARATO

che intende delegare la persona sopraindicata a riscuotere in suo nome e vece quanto dovutogli in relazione alla pensione con esonero dell'INPS e dell'ufficio pagatore da ogni responsabilità al riguardo.

TIMBRO

FIRMA DEL FUNZIONARIO

DATA

Si avverte che la delega sarà revocata qualora la pensione sia riscossa su Conto Corrente bancario o postale. La firma del delegante deve essere autenticata a norma dell'art. 21 del D.P.R. 445/200. All'autenticazione della firma possono provvedere il funzionario dell'INPS, il notaio, il cancelliere, il segretario comunale, o altro funzionario incaricato dal sindaco; per i residenti all'estero l'Autorità consolare italiana.

È opportuno che il richiedente, già titolare di una o più pensioni pagate dall'Inps e riscosse a mezzo delega, indichi la persona già delegata.

All'Associazione
Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza
a favore dei Ragionieri e Periti commerciali
Via Pinciana, 35 - 00198 Roma

DIREZIONE PREVIDENZA - AREA PRESTAZIONI

Data

SCELTA DEL PATRONATO*(facoltativo)***IO SOTTOSCRITTO / A**MATRICOLA Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale

Residente in via/piazza

Comune Prov. CAP **DELEGO**

Il Patronato

presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art. 47 del c.c., a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente per la trattazione della pratica relativa alla domanda di pensione, ai sensi e per gli effetti di cui alla Legge 30 marzo 2001 n. 152. Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Autorizzo ad utilizzare i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso (D.Lgs 196/2003).

LUOGO E DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE

TIMBRO DEL PATRONATO

CODICE INPS

FIRMA DELL'OPERATORE DELL'ENTE DI PATRONATO

NUMERO PRATICA



All'Associazione
Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza
a favore dei Ragionieri e Periti commerciali
Via Pinciana, 35 - 00198 Roma

DIREZIONE PREVIDENZA - AREA PRESTAZIONI

Data

DELEGA PER LA RISCOSSIONE DELLE QUOTE SINDACALI

(*facoltativo*)

IO SOTTOSCRITTO / A

MATRICOLA Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale

Residente in via/piazza

Comune Prov. CAP

AUTORIZZO

l'INPS, ai sensi dell'art. 23 octies della Legge 11 agosto 1972, n. 485, a trattenere sulle rate mensili della pensione, compresa la tredicesima mensilità, al netto dei trattamenti di famiglia, le quote previste. L'importo di tale trattenuta deve essere versato quale quota di contributo al

Sindacato

ACCETTO

che la presente delega si intenda tacitamente rinnovata di anno in anno, salvo revoca che produrrà i suoi effetti dal primo giorno del terzo mese successivo a quello in cui è pervenuta alla sede INPS che ha in carico la pensione.

Autorizzo ad utilizzare i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso (D. Lgs 196/2003).

LUOGO E DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE

TIMBRO DELL'ORGANIZZAZIONE SINDACALE

FIRMA DEL RAPPRESENTANTE L'ORGANIZZAZIONE SINDACALE