



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

Data

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

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

IO SOTTOSCRITTO / A

MATRICOLA Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale Telefono

Residente in via/piazza

Comune Prov. CAP

Con studio in via/piazza

Comune Prov. CAP

Telefono Cellulare Fax

E-mail E-mail PEC

CHIEDO

la liquidazione della pensione di inabilità. A tal fine

DICHIARO

- A** di non avere pendenze riguardo al pagamento del tributo codice 556 (*contributi versati fino all'anno 1999 tramite l'esattoria territorialmente competente*);
- B** ☐ di essere ☐ non essere
stato iscritto ad altre Casse di previdenza per liberi professionisti in data successiva al 31 dicembre 1991;
- C** di svolgere attività professionale di commercialista sin dall'anno di iscrizione alla Cassa;
- D** 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.
- E** ☐ di essere ☐ non essere
titolare di trattamento pensionistico erogato da altro Ente di previdenza;
- F** ☐ di essere ☐ non essere
iscritto a elenchi anagrafici degli operatori agricoli, a elenchi nominativi dei lavoratori autonomi, ad albi professionali;
- G** ☐ di svolgere ☐ non svolgere
attività retribuita alle dipendenze;
- H** ☐ di percepire ☐ non percepire
trattamenti a carico dell'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e ogni altro trattamento sostitutivo o integrativo della retribuzione.

Cognome e Nome:

IBAN:

BIC/SWIFT: *(per accrediti su conti esteri)*

Agenzia:

Il Funzionario della Banca/Posta

Firma

Seque >

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 lorda 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.

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

PERCENTUALE A CARICO

DAL MESE DI:

DISABILE:

50%

100%

SI

NO

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DATI 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:

50%

100%

SI

NO

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DATI 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:

50%

100%

SI

NO

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DATI 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:

50%

100%

SI

NO

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DATI 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:

50%

100%

SI

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 veritiere (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