

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.

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

Residente in via/piazza

Comune Prov. CAP

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ

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

Compilare, con **SI** o **NO**, **TUTTE LE CASELLE** ed in caso affermativo, fornire le ulteriori informazioni richieste.

- SI** **NO** Detrazione per redditi da pensione.
- SI** **NO** Detrazione per il coniuge non legalmente ed effettivamente separato.
- SI** **NO** Detrazione per il primo figlio, in assenza del coniuge.
- SI** **NO** Detrazione nella misura del 50% per n. _____ figli, di età superiore ai tre anni.
- SI** **NO** Detrazione nella misura del 100% per n. _____ figli, di età superiore ai tre anni.
- SI** **NO** Detrazione nella misura del 100% per n. _____ figli, di età inferiore ai tre anni.
- SI** **NO** Detrazione nella misura del 100% per n. _____ figli, portatori di handicap.
- SI** **NO** Detrazione per n. _____ altre persone indicate nell'articolo 433 del codice civile che convivano con il contribuente o percepiscano assegni alimentari non risultanti da provvedimento dell'autorità giudiziaria.
- SI** **NO** Ulteriore detrazione dovuta alla presenza di almeno 4 figli a carico.
- SI** **NO** Detrazione nella misura del 50% per i figli inferiori ai tre anni di età o portatori di handicap e per altre persone (diverse dai figli).
- 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 ed il reddito dell'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e delle relative pertinenze.

DATI DEL CONIUGE FISCALMENTE A CARICO

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F. **DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO**

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F. **DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO**

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F. **DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO**

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F. **DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO**

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F. **DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO**

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F. **DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO**

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