

ISTRUTTORIE PREVIDENZIALI

www.cassaforense.it

**CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA
E ASSISTENZA FORENSE**

Servizio Istruttorie Previdenziali

Via G. G. Belli, 5

00193 ROMA

DOMANDA DI PENSIONE AI SUPERSTITI

Ai sensi dell'art. 12 del Regolamento per le Prestazioni Previdenziali

Il/la sottoscritto/a

Meccanografico

nato/a.....Prov. | | , il | | / | | / | | | |

con residenza in Via..... n.

civico.....

CittàProv. |_|_|, C.A.P|_|_|_|_|_|, tel., fax.....

cell.

[illegible]

CHIEDE

LA CONCESSIONE DEL TRATTAMENTO PREVIDENZIALE DI:

PENSIONE INDIRETTA

ai sensi dell'art. 12, commi 3 e 4, del Regolamento per Prestazioni Previdenziali, in quanto il professionista non risultava PENSIONATO al momento del decesso

PENSIONE DI REVERSIBILITA'

ai sensi dell'art. 12, co. 1, del Regolamento per Prestazioni Previdenziali, in quanto il professionista risultava PENSIONATO forense al momento del decesso

 **SUPPLEMENTI DI PENSIONE**

eventualmente maturati e non riscossi dal de
cuius, confermando i redditi a suo tempo
dichiarati dallo stesso

INTEGRAZIONE TRATTAMENTO MINIMO

ai sensi dell'art. 12, co. 5, del Regolamento per Prestazioni Previdenziali, nel caso in cui l'ammontare complessivo della quota di base del trattamento sia inferiore al trattamento integrato al minimo pensionistico

D I C H I A R A

A) che l'Avv.....

Meccanografico

nato/a il ____/____/____ aProv. ____

è deceduto/a il ____/____/____ meccanografico ____/____/____/____/____/____/____/____

B) di essere: ☐ coniuge superstite

☐ **coniuge separato** (*allega copia sentenza*)

☐ coniuge divorziato (*allega copia sentenza*)

C) di aver contratto matrimonio in data |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

D) ☐ esiste altro coniuge:

☐superstite ☐separato ☐divorziato

cognome

nome

indirizzo

- ☐ non esiste altro coniuge superstite/separato/divorziato;

E) di essere tutore/amministratore di sostegno dell'Avv.
(allegare idonea documentazione)

F) che, alla data del decesso, erano a carico del professionista i seguenti figli* (legittimi/naturali).

cognome	nome	luogo e data di nascita
---------	------	-------------------------

codice fiscale

1) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

2) | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

3) | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

(*) da integrare per ciascun nominativo con la relativa modulistica (MODQUOTA/2016 – MODQUOTAIN/2016).

D I C H I A R A

G) che il reddito netto professionale ed il volume d'affari, derivanti dall'esercizio della libera professione forense, 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

H) che il codice IBAN relativo al c/c bancario/postale a me intestato sul quale accreditare l'importo di pensione è il seguente:

[illegible]

Codice BIC/SWIFT
(obbligatorio solo per pagamenti internazionali)

--

RICHIESTA DETRAZIONI

SI ☐ Compilare il modulo disponibile nel sito www.cassaforense.it

NO

Letta l'informativa ex art. 13 D.Lgs. n. 196/03, il/la sottoscritto/a rende 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 (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000).

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

Firma.....

Allega:

- ☐ **fotocopia di un documento di riconoscimento valido, purché munito di fotografia e di timbro, rilasciato da un'amministrazione dello Stato** (obbligatorio);
- ☐ **sentenza di separazione/divorzio**
- ☐ **MODQUOTA/2016**
- ☐ **MODQUOTAIN/2016**

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto dichiara di aver preso atto dell'informativa sotto riportata, nonché di averla portata a conoscenza dei propri familiari e conviventi eventualmente indicati nella domanda di prestazione e di aver ottenuto da ciascuno il consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità e con le modalità in essa indicate.

Luogo e data

Nome e cognome del richiedente

Firma del richiedente

Informativa sul trattamento dei dati personali

art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196 – Codice in materia di protezione dei dati personali

La Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza Forense con sede in Roma, Via Belli n. 5, in qualità di titolare del trattamento, La informa che tutti i dati personali che La riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati nel pieno rispetto delle norme vigenti, per la gestione della pensione per la quale ha presentato domanda.

Il trattamento avverrà con mezzi manuali ed informatici, ad opera di dipendenti di questa Cassa, opportunamente incaricati ed istruiti ed eventualmente anche ad opera di altri soggetti che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto della Cassa, operando in qualità di Responsabili esterni.

I Suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, che hanno per legge, regolamento o direttiva comunitaria, diritto o obbligo di conoscerli, tra cui ad esempio l'Agenzia delle Entrate, l'Inps e altre Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. Il Suo consenso non è necessario per i dati personali comuni, ai sensi del Codice , art. 24, comma 1, lettera b) e per i dati sensibili ai sensi dell'art. 26, comma 4, lettera d) ed in base all'autorizzazione generale del Garante.

Rispetto ai dati in nostro possesso, Lei potrà sempre esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, tra i quali il diritto di ottenere in qualunque momento, la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, di verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, oppure la rettificazione. Ai sensi del medesimo articolo Lei ha il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima e/o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento

Il Responsabile del trattamento, designato ai sensi dell'articolo 29 del Codice, è il Responsabile della Direzione Attività Istituzionali, al quale Lei potrà eventualmente rivolgersi per chiarimenti e per far valere i diritti sopra richiamati.

Il Responsabile del trattamento, designato ai sensi dell'art. 29 del Codice, è il Direttore Generale al quale Lei potrà eventualmente rivolgersi per chiarimenti e per far valere i diritti sopra richiamati.