

**Prestazioni Previdenziali
Ricongiunzioni e Riscatti**
www.cassaforense.it

**CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA
E ASSISTENZA FORENSE**

Servizio Prestazioni Previdenziali
Ricongiunzioni e Riscatti

Via G. G. Belli, 5
00193 ROMA

**DOMANDA DI PENSIONE
INVALIDITA' / INABILITA'**

Ai sensi degli artt. 9, 10 e 11 del Regolamento per le Prestazioni Previdenziali

[illegible]

* da comunicare tramite il sito www.cassaforense.it mediante accesso nella Sua area riservata

CHIEDE

LA CONCESSIONE DEL TRATTAMENTO PREVIDENZIALE DI:

 **PENSIONE DI INABILITA'**

ai sensi degli artt. 9 e 11 del Regolamento delle Prestazioni Previdenziali, considerato che la propria capacità all'esercizio professionale è esclusa, **in modo permanente e totale, a causa di:**

- malattia

☐ infortunio (compilare allegato)

consapevole dell'obbligo di cancellazione sia dall'Albo ordinario, che dall'Albo speciale per il patrocinio dinanzi alla Corte di Cassazione ed alle giurisdizioni superiori, **entro tre mesi dalla comunicazione di ammissione a tale trattamento**;

PENSIONE DI INVALIDITA'

ai sensi degli artt. 10 e 11 del Regolamento delle Prestazioni Previdenziali, considerato che la propria capacità all'esercizio professionale **è ridotta, a meno di un terzo**, a causa di:

- malattia

☐ infortunio (compilare allegato)

 **L'INTEGRAZIONE AL TRATTAMENTO MINIMO** art. 5, Regolamento per le Prestazioni Previdenziali

DICHIARA

- a) che la malattia o l'infortunio sono sopravvenuti in costanza di iscrizione, come da certificato medico allegato
- b) 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

- c) 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)

[illegible]

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:

- **Certificato medico motivato** (obbligatorio);
- **fotocopia di un documento di riconoscimento valido, purché munito di fotografia e di timbro, rilasciato da un'amministrazione dello Stato** (obbligatorio);
- **Modulo infortunio**

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 Nuovo Regolamento per l'accertamento della inabilità e della invalidità.

Poiché ai sensi dell'art.23 del D.Lgs n.196/2003, il consenso deve essere manifestato in forma scritta qualora il trattamento riguardi dati, si invita a sottoscrivere il presente consenso, indispensabile per consentire all'Ente di istruire la domanda di pensione.

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il/la
sottoscritto/a,

(cognome)

(nome)

E S P R I M E

Acquisite le informazioni di cui all'art.13 del D.Lgs n. 196/03, il proprio consenso al trattamento dei suoi dati da parte della Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza Forense nell'ambito delle proprie finalità istituzionali e di quelle connesse all'istruttoria della domanda di invalidità ed eventuale futura revisione della stessa, ai sensi dell'art. 10, comma 4, del Regolamento per le Prestazioni Previdenziali, ovvero per la pensione di inabilità, ai sensi dell'art. 9 del suddetto Regolamento.

NONCHE'

per la nomina della Commissione Medica, alla trasmissione della documentazione medica al Delegato di zona Avv., del collegio in cui è compreso l'ordine forense al quale è iscritto il richiedente.

Firma.....

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.

Allegare alla domanda di pensione di invalidità

CERTIFICATO MEDICO

per il conseguimento della pensione di INVALIDITA'

Si certifica che l'Avvocatonato il ____/____/____
è affetto da :

a **decorrere** dal ____/____/____

Tale patologia comporta una riduzione della capacità lavorativa in modo continuativo a meno di un terzo.

Data

Firma e timbro del medico

____/____/____

Allegare alla domanda di pensione di inabilità

**CERTIFICATO MEDICO
per il conseguimento della pensione di INABILITA'**

Si certifica che l'Avvocatonato il ____/____/____

è affetto da :

a **decorrere** dal ____/____/____

**Tale patologia comporta l'esclusione della capacità lavorativa in modo
permanente e totale.**

Data

Firma e timbro del medico

____/____/____

Allegare alla domanda in caso di infortunio

CERTIFICAZIONE INFORTUNIO

Il/La sottoscritto/a.....

D I C H I A R A

- che l'infortunio da cui è derivata l'infermità è avvenuto in data il ____/____/____
 - ☐ senza responsabilità di terzi
 - ☐ con responsabilità di terzi
- l'autore è stato: (nome e cognome).....
- il responsabile civile è:.....
(sede o domicilio)
- la persona o l'Ente è assicurato per danni contro terzi : SI ☐ NO ☐
- la denominazione e l'indirizzo della società di assicurazione e/o di qualsiasi persona o Ente responsabili sono:.....
- ha già ottenuto un indennizzo:
 - SI ☐ € , (data del pagamento: ____/____/____)
 - NO ☐
- nei confronti dello stesso autore pende procedimento penale: SI ☐ NO ☐
ovvero
- ha proposto azione civile per ottenere il risarcimento del danno: SI ☐ NO ☐

S I I M P E G N A

- a trasmettere alla Cassa copia dell'atto iniziale del procedimento civile per il risarcimento del danno ed ogni sentenza o ordinanza esecutiva resa dall'autorità giudiziaria civile o penale, entro venti giorni dalla notifica o dal deposito in cancelleria, ovvero copia dell'eventuale successivo atto di transazione;
- a dare comunicazione, in caso di successivo indennizzo, dell'importo ricevuto.

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:

- ☐ documentazione comprovante l'ammontare dell'indennizzo ricevuto dall'istituto assicuratore o dal responsabile del danno.