

Spett.le  
**INARCASSA**  
 DIREZIONE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI  
 Ufficio Iscrizioni  
 Via Salaria, 229 - 00199 Roma

Oggetto: **Domanda di iscrizione ad Inarcassa.**

Io sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ Ing.  Arch.

Matricola n. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in\* (Via/Piazza) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono Casa /Studio \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

\* N.B. Indicare esclusivamente l'indirizzo di **residenza anagrafica**, quale registrato presso i competenti Uffici Comunali.

quale iscritto all'Albo degli Ingegneri  Architetti  di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**comunico**, ai sensi dell'art. 7 dello Statuto Inarcassa, di essere **in possesso** dei **requisiti** per l'**iscrizione**.

A tal fine cosciente della responsabilità penale cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, a norma dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, **dichiaro**:

● di **non essere soggetto/a** ad altra forma di **previdenza obbligatoria\*\*** a decorrere dal \_\_\_\_\_

\*\* In caso di attività lavorativa svolta in periodi precedenti e coperta da contribuzione previdenziale, allegare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio (DPR n. 445 del 28.12.2000) resa sotto la propria responsabilità, attestante tutti i periodi assoggettati ad altra forma di previdenza obbligatoria; in alternativa è possibile allegare idonea certificazione.

● di **essere titolare** della seguente **partita IVA** (specificare gg/mm/aa):

- partita IVA individuale n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

- partita IVA associativa n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

[Allegare copia dell'atto costitutivo o di modifica della dell'Associazione]

- partita IVA Società di Professionisti n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

[Allegare copia dell'atto costitutivo o di modifica della Società di Professionisti]

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 43 D.P.R. 445/2000 e dell'art.23 del D. Lgs. 196/03, **do espresso consenso** ai controlli che Inarcassa potrà effettuare sui dati contenuti nella presente dichiarazione, mediante accesso alle Pubbliche Amministrazioni o a Enti che tali dati custodiscono.

**Allego ai fini dell'identificazione personale una fotocopia di** (barrare una delle caselle):

Carta di identità  Passaporto  Patente di guida

Numero \_\_\_\_\_ Data di rilascio \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

**Attenzione:** il modulo va compilato a lettere maiuscole in ogni sua parte e inviato ad Inarcassa per posta all'indirizzo indicato in testa o via fax al n. 06.85274211, insieme alla documentazione richiesta.