

**Alla CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA FORENSE**

Via E. Quirino Visconti, 8  
00193 ROMA



**Servizio Iscrizioni e Prestazioni**

**DOMANDA DI INDENNITA' DI MATERNITA'**

La sottoscritta Avv. .... / .....  
nata a ..... Prov. .... il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con residenza  
in Via..... al n..... Città..... C.A.P. ....  
Tel..... cell ..... fax..... e-mail.....  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita I.V.A. \_\_\_\_\_  
Iscritta all'Albo del Foro di..... iscritta Cassa da \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (nota d)

**CHIEDE**

**che le sia corrisposta l'indennità previste per le libere professioniste dal Capo XII del D.Lgs n. 151/2001, come modificato dall'art.1 della Legge n.289/2003, per:**

- Maternità (nota a)**    **Adozione o affidamento (nota b)**    **Interruzione di gravidanza (nota c)**

**DICHIARA**

- di non aver diritto ad altre indennità di maternità per le attività contenute nei capi III e XI del D.Lgs n.151/2001 (lavoratrici dipendenti, autonome, etc) in quanto svolge esclusivamente attività libero professionale forense  
*oppure*
- di svolgere, oltre alla professione forense, la seguente attività .....  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso:.....
- di confermare il reddito netto, già comunicato alla Cassa, derivante dall'esercizio della libera professione forense prodotto ai fini IRPEF nel secondo anno precedente l'evento
- che il reddito netto derivante dall'esercizio della libera professione forense prodotto ai fini IRPEF nel secondo anno precedente l'evento è stato: \_\_\_\_\_ (se non già comunicato)

**CHIEDE**

altresi che il pagamento sia effettuato mediante:

- accredito sul conto corrente bancario/postale, intestato a proprio nome, presso:

\_\_\_\_\_  
Agenzia N. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
Codice IBAN \_\_\_\_\_  
Codice BIC \_\_\_\_\_

- invio di assegno circolare, non trasferibile a mezzo lettera ordinaria, presso la residenza sopra indicata.

**N:B:** Nel caso di riscossione a mezzo assegno circolare, la sottoscritta assume a proprio carico le eventuali pratiche da svolgere nei confronti della Banca emittente l'assegno, nonché le spese relative, nel caso di smarrimento, disguido o sottrazione dello stesso, manlevando la Cassa da ogni responsabilità al riguardo.

**Letta l'informativa ex D.Lgs 196/2003, la sottoscritta 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).**

**La sottoscritta autorizza la Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza Forense al trattamento dei suoi dati personali per la presente istruttoria e le verifiche ad essa connesse (D.Lgs n.196/2003).**

.....addì...../...../.....

**Firma** \_\_\_\_\_

## Note:

- a) Termini di presentazione : La domanda deve essere presentata a partire dal compimento del sesto mese di gestazione (26° settimana compiuta) **entro il termine perentorio di 180 giorni dal parto**

Allegati obbligatori : 1) **prima del parto** -certificato medico dal quale risultino le generalità della richiedente (nome, cognome, luogo e data di nascita), la settimana di gestazione alla data della visita (non inferiore alla 26° settimana di gestazione) e la data presunta del parto;  
2) **dopo il parto** -certificato o autodichiarazione, ex D.P.R. n. 445/2000 completa dei dati anagrafici della richiedente (nome, cognome, luogo e data di nascita) attestante la data del parto

- b) Termini di presentazione : La domanda deve essere presentata **entro il termine perentorio di 180 giorni dall'ingresso nella casa materna del bambino**

Allegati obbligatori 1) copia del provvedimento di adozione o di affidamento;  
2) autodichiarazione, ex D.P.R. n. 445/2000, attestante la data di nascita del bambino ed il giorno dell'ingresso del bambino nella casa materna

- c) Termini di presentazione : In caso di aborto la domanda deve essere **presentata entro il termine perentorio di 180 giorni dalla data di interruzione della gravidanza verificatasi non prima del 61° giorno**

Allegati obbligatori copia della cartella clinica o certificato medico rilasciato dalla struttura sanitaria, completo delle generalità della richiedente (nome, cognome, luogo e data di nascita), attestante la data dell'avvenuta interruzione, la data della U.M. e la settimana di gestazione

- d) ***L'iscrizione alla Cassa deve sussistere alla data dell'evento***

## Allega :

- fotocopia, di entrambi i lati, di un documento di riconoscimento valido, munito di fotografia e di timbro, rilasciato da un'amministrazione dello Stato.
- la documentazione indicata alle note a, b, c .