



DICHIARAZIONE AI FINI ANAGRAFICI E DELL'INQUADRAMENTO FISCALE E PREVIDENZIALE

IL SOTTOSCRITTO _____ NATO A _____

PROV. _____ IL _____ CODICE FISCALE

RESIDENZA:

COMUNE _____ VIA _____ N. _____

PROV. _____ CAP _____

RECAPITO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

IN RELAZIONE AL SEGUENTE INCARICO: _____

DAL _____ AL _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, agli effetti dell'applicazione del contributo previdenziale INPS (Gestione Separata) Legge 335/95:

- di essere **titolare di copertura previdenziale obbligatoria**, in quanto dipendente del seguente Ente:
Ente di appartenenza: _____
Ente di Previdenza: _____
- di essere **titolare di trattamento pensionistico indiretta o diretto** (anzianità, vecchiaia, invalidità):
- non essere titolare** di copertura previdenziale obbligatoria e/o di trattamento pensionistico diretto.

IN CASO DI VARIAZIONE DELLA PROPRIA POSIZIONE S'IMPEGNA A COMUNICARLA AL COMMITTENTE AL FINE DI PROVVEDERE ALLA CORRETTA GESTIONE CONTRIBUTIVA.

Chiede inoltre la seguente **modalità di riscossione**:

- Accredito c/c bancario o postale -Codice IBAN _____ :

Codice paese	Codice di controllo	CIN	ABI	CAB	Numero di conto corrente

- Bonifico estero: Codice IBAN (con nome della Banca) + Codice SWIFT _____

Data _____

Firma _____