

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E/O NOTORIETA'

(artt.46 e 47 D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____
il _____ (nazionalità _____) residente in _____
prov. _____ via/corso/p.zza _____
cap _____ tel/cell _____ e-mail _____
pec _____ codice fiscale _____

sotto la personale responsabilità e con piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

in riferimento al periodo di svolgimento di attività _____

DICHIARA

- 1) di essere titolare di partita Iva n. _____
- 2) di essere iscritto all'Albo dei _____ di _____
- 3) di essere iscritto alla Cassa dei _____ per i versamenti dei contributi previdenziali;
- 4) di svolgere attività di _____ (per gli esercenti la libera professione medica o odontoiatrica);
- 5) di essere lavoratore dipendente e/o pensionato;
amministrazione di appartenenza _____
ente pensionistico _____
altro _____
- 6) di essere in possesso di altra copertura previdenziale:
6/a titolare di pensione previdenziale diretta (l. 289/02): **24,00%** (aliquota Gestione Separata)
6/b altro tipo di copertura previdenziale: **24,00%** (aliquota Gestione Separata)
- 7) di non essere in possesso di altra copertura previdenziale: **34,23%** (aliquota Gestione Separata comprensiva di DIS-COLL)
- 8) di essere iscritto alla Gestione Separata Inps della Sede di _____
per il versamento del contributo previdenziale (legge n. 335/1995).

Data, _____

_____ Firma

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e successive modifiche ed integrazioni, nonché del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali)

_____ Firma

Allegare la copia di un documento di identità alla dichiarazione trasmessa per posta elettronica ordinaria