

**DICHIARAZIONE RESA AI FINI APPLICATIVI DEL CONTRIBUTO PREVIDENZIALE
DI CUI ALLA LEGGE 8 AGOSTO 1995 N.335**

Il sottoscritto _____ nato a _____
Il _____ residente _____ prov. _____ cap _____
In Via/Corso/P.zza _____ tel _____
Cell. _____ Codice Fiscale _____

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): **22%** (aliq. Gest. Separata)
6/b altro tipo di copertura previdenziale: **22%**
- 7) di non essere in possesso di altra copertura previdenziale: **28,72%**
- 8) di essere iscritto alla Gestione Separata Inps della Sede di _____
per il versamento del contributo previdenziale (legge n. 335/1995).

Data _____ Firma _____

contrassegnare i numeri che interessano