

**ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE**

**Sede di** \_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 cod.fisc. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
 via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**DENUNCIO**

*Denominazione* \_\_\_\_\_  
*Cod.fisc./P.I.v.a.* \_\_\_\_\_ *Matricola* \_\_\_\_\_  
*Con sede in* \_\_\_\_\_, *via* \_\_\_\_\_

PER I SEGUENTI MOTIVI:

Non ha provveduto alla mia assicurazione per i periodi:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

Altro:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.

ALLEGO LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

Libretto di lavoro  Buste paga dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

CUD/O1M anni: \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.

ANNOTAZIONI:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_