

DICHIARAZIONE STATUS LAVORATORE PIANI INDIVIDUALI PENSIONISTICI (PIP)**• DATI ADERENTE**

Cognome _____ Nome _____
C.F. _____ Sesso M F
Data di nascita ___ / ___ / _____ Comune di nascita _____ Prov. (____)
Indirizzo di residenza _____ Cap _____
Comune di residenza _____ Prov. (____)
Documento d'identità _____ n. _____
Data di rilascio ___ / ___ / _____ Rilasciato da _____ Scadenza ___ / ___ / _____

• STATUS LAVORATORE

Professione _____

Categoria Professionale Lavoratore Autonomo Lavoratore Dipendente

Area Privato Pubblico

Data prima occupazione ___ / ___ / _____

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. e sotto la propria esclusiva responsabilità, che quanto dichiarato nel presente modulo corrisponde a verità. E' altresì consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere.

Luogo e Data

FIRMA DELL' ADERENTE
