

ALL'INPGI
 Servizio Entrate Contributive
 Via Nizza 35 - 00198 ROMA

OGGETTO: Sospensione versamenti contributivi eventi sismici Italia Centrale.

Il/la sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ | Prov. _____ il _____
 residente a _____ Prov. _____
 indirizzo _____ n. _____
 Recapito Tel. _____ mail _____
 Codice fiscale _____

(BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE)

<input type="checkbox"/>	Legale Rappresentate e/o Titolare	dell'azienda (denominazione):
		Posizione INPGI: _____

<input type="checkbox"/>	Giornalista Iscritto alla Gestione separata
--------------------------	--

Dichiara che è consapevole che la sospensione dei versamenti contributivi è prevista solo a favore dei datori di lavoro e/o Committenti privati o dei lavoratori che abbiano sede operativa nei comuni o territori indicati nel D.L. n. 189/2016 e/o nell'Ordinanza del Commissario del Governo per la ricostruzione n. 3 del 15/11/2016.

COMUNICA

di volersi avvalere della sospensione degli adempimenti e dei versamenti dei contributi previdenziali ed assistenziali disposta dal Decreto Legge n. 189 del 17 ottobre 2016, a seguito degli eventi sismici del 24 agosto e 26 e 30 ottobre 2016 verificatisi nei territori delle Regioni Lazio, Umbria, Abruzzo e Marche (**Circolare INPGI n. 7 del 5/12/2016**).

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, **dichiara** di esercitare alla data del 24 agosto 2016 l'attività di impresa e/o professionale nei territori indicati dall'allegato di cui all'art. 1, comma 1, D.L. 17-10-2016 n. 189 e/o nei comuni indicati nell'Ordinanza del Commissario del Governo per la ricostruzione n. 3 del 15/11/2016.

Data ____ / ____ / ____

Timbro e firma _____

N.B. Allegare copia di un valido documento di identità.

Il trattamento dei dati avverrà nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali".