



Protocollo

Alla Sede INPS

DOMANDA DI SOSPENSIONE DEI CONTRIBUTI dal 1 ottobre 2009 al 30 giugno 2010 ex OPCM 3825/2009.

Il sottoscritto:

Nome _____

Cognome _____

Codice Fiscale _____

Residenza _____

E mail _____

Recapito telefonico _____ -

Fax _____

- titolare**
- legale rappresentante**

Denominazione Azienda

Codice Fiscale/P.IVA _____

Sede _____

Matricola INPS/codice _____

Comunica di volersi avvalere della SOSPENSIONE dei contributi disposta per i soggetti colpiti dagli eventi atmosferici di ottobre 2009. A tal fine dichiara che

alla data del 1 ottobre 2009 esercitava regolarmente l'attività nei comuni individuati con OPCM 3815/2009.

Consapevole delle responsabilità civili e penali derivanti da dichiarazioni mendaci ed ai sensi dell'art. 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445.

Data _____

TIMBRO E FIRMA