



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**All' Istituto Nazionale
della Previdenza Sociale
di _____**

Io sottoscritto/a

	Cognome		
	Nome		
	Codice fiscale		

	nato il	(gg/mm/aaaa)		
	a		Prov.	
	Stato			

residente in

	Città		Prov.	
	Stato			
	Via/Piazza		n.	
	C.A.P.		Numero Telefonico (con prefisso)	
	E-mail			

D I C H I A R O

Chi dichiara il falso decade dai benefici ottenuti e incorre nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni (artt. 75, 76 del D.P.R. 445 del 2000)

Luogo e data

, li

Firma del dichiarante

Timbro datario

Il funzionario incaricato
