



Domanda di Variazione/Cancellazione dalla Gestione Separata
(di cui all'Art. 2 comma 26 Legge 8 Agosto 1995 n. 335)

All'Agenzia INPS di _____

IL SOTTOSCRITTO:

Cognome:		
Nome:		
Nato il:	A:	Prov.
Residente a:		C.A.P.
Via/Piazza		n.
Telefono (con prefisso):	Codice Fiscale:	

COMUNICA

A) - Le seguenti variazioni anagrafiche:

B) - La data di cessazione dell'attività di COLLABORATORE con i seguenti committenti:

COMMITTENTE N.1 _____

Codice Fiscale (P. IVA) _____

Indirizzo _____

DATA CESSAZIONE _____ **Tipo Attività** _____

COMMITTENTE N.2 _____

Codice Fiscale (P. IVA) _____

Indirizzo _____

DATA CESSAZIONE _____ **Tipo Attività** _____

C) - PROFESSIONISTI Titolari di Partita IVA:

Data inizio attività _____ Data cessazione attività _____

Tipo di attività _____

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da false attestazioni, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra esposto corrisponde al vero.

Data _____ Firma _____