

Domanda di sospensione degli adempimenti e dei versamenti dei premi assicurativi  
Eventi sismici del 24 agosto 2016

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'articolo 47 del d.P.R. 445/2000

Io sottoscritto/a

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

SESSO (M o F)

DATA DI NASCITA

NATO A (Comune o Stato estero)

PROV.

NAZIONE

in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta

DENOMINAZIONE DITTA

CODICE FISCALE DITTA

PEC (obbligatoria per le imprese)

E-MAIL

*Sezione 1 - datore di lavoro privato o lavoratore autonomo operante nei Comuni di cui all'allegato 1 al d.l. 189/2016*

comunica

che intende avvalersi della sospensione dei termini relativi agli adempimenti e ai versamenti dei premi ai sensi del decreto-legge n.189/2016, articolo 48, comma 13.

A tal fine, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

dichiara

che alla data del 24 agosto 2016 operava nei territori indicati nell'allegato 1 al d.l. 189/2016 ed esercitava l'attività nelle unità produttive identificate dalla/e PAT (tutte con indirizzo nei predetti Comuni)

NUMERO PAT

NUMERO PAT

NUMERO PAT



