

**Fac-simile richiesta di cancellazione dalla Gestione Separata***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. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_

Via/Piazza n \_\_\_\_\_

Telefono (con prefisso) \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_