

**DICHIARAZIONE ENTI ASSICURATIVI**

<b>I.N.A.I.L.</b>	
INDIRIZZO SEDE COMPETENTE	
CODICE DITTA	

<b>I.N.P.S.</b>	
-----------------	--

<input type="checkbox"/> <b>DATORI DI LAVORO</b>	
INDIRIZZO SEDE COMPETENTE	
N. MATRICOLA	

<input type="checkbox"/> <b>LAVORATORI AUTONOMI</b>	
INDIRIZZO SEDE COMPETENTE	
N. DI POSIZIONE CONTRIBUTIVA	

<input type="checkbox"/> <b>GESTIONE SEPARATA – Committenti / Associanti</b>	
C.F. committente/associante	
CAP sede legale posizione assicurativa	

<input type="checkbox"/> <b>GESTIONE SEPARATA – Titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione</b>	
C.F.	
CAP residenza anagrafica del libero professionista	

*N.B.: con riferimento all'INPS barrare e compilare la voce che interessa*

LUOGO, DATA

timbro e firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_