

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/_____ c.f. _____

nato a _____ (_____) il ____/____/____,

residente a _____ (_____) in _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

IN MERITO ALLA DOMANDA NASPI DI CUI CHIEDO INOLTRO :

Ho percepito/percepirò l'indennità di mancato preavviso

•

No Si

Dichiaro di aver svolto periodi di lavoro all'estero

•

No Si

Dichiaro di essere titolare di assegno di invalidità

•

No Si

Sono stato licenziato per superamento del periodo di comporta di malattia

•





No Si

Sono in malattia o ricoverato (alla data della presente domanda)

No Si

SE L'ASS.TO ERA IN MALATTIA QUANDO È TERMINATO IL CONTRATTO O È STATO LICENZIATO VA ALLEGATO **CERTIFICATO MEDICO** CHE ATTESTI LA **"RIACQUISTATA CAPACITÀ DI LAVORO"**

Dichiaro di svolgere i seguenti tipi di attività di lavoro:

Tipo attività: *	NO / SI *		Data inizio attività: * (riportare il primo giorno del presente anno civile se iniziata prima)	Reddito previsto nel corso del presente anno civile: *
Attività autonoma	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="text"/>  (gg/mm/aaaa)	<input type="text"/> (999999.99)
Attività parasubordinata	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="text"/>  (gg/mm/aaaa)	<input type="text"/> (999999.99)
Auton. occasionale (Ritenuta d'acconto)	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="text"/>  (gg/mm/aaaa)	<input type="text"/> (999999.99)
Attività subordinata esclusa quella per la cui cessazione si sta compilando la presente domanda	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="text"/>  (gg/mm/aaaa)	<input type="text"/> (999999.99)

Rivesto la carica di socio di una società di persone o di capitali

No Si

Sono iscritto ad un Albo Professionale o ad una Cassa Professionale

No Si

Sono titolare di una Partita IVA e/o codice REA presso il Registro imprese di una Camera di

Commercio

No Si

Sono iscritto alla Gestione Separata (rilevato dai dati in possesso dell'Istituto)

No Si

Note

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

**N.B. IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA AD UNO DEI SUDETTI PUNTI VA
OBBLIGATORIAMENTE ALLEGATA AUTOCERTIFICAZIONE DEI REDDITI PRESUNTI PER L'ANNO
2022**

LUOGO E DATA

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.