



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:		Prov.	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 \_\_\_\_\_