



Domanda di Iscrizione alla  
**GESTIONE DEGLI ASSOCIATI IN PARTECIPAZIONE**  
 (di cui all'articolo 43, della legge 24 novembre 2003, n.326)

**All'Agenzia INPS di \_\_\_\_\_**

**IL SOTTOSCRITTO:**

|                          |  |                   |                 |
|--------------------------|--|-------------------|-----------------|
| Cognome:                 |  |                   |                 |
| Nome:                    |  |                   |                 |
| Nato a:                  |  | Prov.             | il (gg/mm/aaaa) |
| Residente a:             |  | Prov.             | C.A.P.          |
| Via/Piazza               |  |                   | n.              |
| Telefono:(con prefisso): |  | Indirizzo e-mail: |                 |
| Codice fiscale:          |  |                   |                 |

**ai fini dell'iscrizione alla Gestione degli Associati in Partecipazione DICHIARA che:**

|  |  |   |        |
|--|--|---|--------|
| 1) dal giorno (gg/mm/aaaa):                        |  | (indicare la data d'inizio dell'attività) |        |
| 2) svolge l'attività di seguito descritta:         |  |   |        |
|  |  |   |        |
|  |  |   |        |
|  |  |   |        |
| 3) l'attività è svolta con il seguente Associante: |  |   |        |
| - Cognome e nome o ragione sociale                 |  |   |        |
| - Sede amministrativa o filiale sita in            |  |   | Prov.  |
| - Via/P.za   |  | n.  | C.A.P. |
| - Codice fiscale:                                  |  |   |        |

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, dichiara inoltre di essere a conoscenza che le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_