

AUTOCERTIFICAZIONE ENPAF

Il/La sottoscritto/a _____,

C. F.: _____

nato/a a _____ prov. (_____)

il _____,

iscritto/a all'Albo professionale, ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI ORISTANO, al numero _____ dal _____,

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

in merito al pagamento dei contributi previdenziali dovuti all'ENPAF ai sensi del D. Lvo C.P.S. 13/9/1946, n. 233 art. 21

DICHIARA

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

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

- di essere in regola con il pagamento
- di NON essere in regola con il pagamento
- di essere in comunicazione con l'ENPAF per il pagamento.

Data _____

Firma _____