

ALL'INPS gestione ex INPDAP
Via dei Mille 9/2
40121 BOLOGNA

e p.c. AL RESPONSABILE U.O. RISORSE UMANE
DELL'AZIENDA U.S.L. DI
IMOLA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, già dipendente dell'Azienda U.S.L. di Imola con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato in scadenza al _____, ai fini della liquidazione del Trattamento di Fine Rapporto/Servizio,

DICHIARO

(barrare la voce che interessa)

1. di aver sottoscritto con un Ente iscritto all'INPS gestione ex INPDAP un altro contratto di lavoro decorrente dal giorno immediatamente successivo alla scadenza del suddetto contratto.

(indicare l'Ente)

2. di non aver sottoscritto con un altro Ente iscritto all'I.N.P.S. gestione ex INPDAP un altro contratto di lavoro decorrente dal giorno immediatamente successivo alla scadenza del suddetto contratto.

(da indicare solo se si è barrato il punto 2)

di volere che il Trattamento di Fine Rapporto/Servizio sia accreditato presso _____ sul seguente c/c:

Cod. Paese	Check Digit	CIN	ABI	CAB	Numero Conto

Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza che l'INPS gestione ex INPDAP ha la facoltà di verificare la veridicità del contenuto della presente dichiarazione e che nel caso di dichiarazione non veritiera verranno applicate le sanzioni di legge.

Allego copia di un documento di identità

In fede.

Imola, _____

(firma)
