



All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale
 Agenzia di

Timbro a data
(riservato all'INPS)

Prospetto integrativo della domanda di iscrizione al "Fondo di previdenza per le persone che svolgono lavori di cura non retribuiti derivanti da responsabilità familiari"

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _____,
 cognome _____ nome _____,
 a _____ provincia di _____ codice fiscale _____,
 avendo chiesto l'iscrizione al "**Fondo di previdenza per le persone che svolgono lavori di cura non retribuiti derivanti da responsabilità familiari**", ai sensi del Decreto legislativo 16 settembre 1996, n. 565 e successive modificazioni ed integrazioni,

COMUNICA

che il versamento della somma di euro _____, eseguito in data _____, venga attribuito agli anni e per gli importi sotto specificati

Anno	Euro
1997	
1998	
1999	
2000	
2001	
2002	
2003	

Data _____

firma _____