



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 \_\_\_\_\_