

Spett.le

INARCASSA

DIREZIONE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI

Ufficio Ciclo Attivo

Via Salaria, 229 - 00199 Roma

protocollo@pec.inarcassa.org

Domanda per il rilascio del Modello A1

Certificazione relativa alla legislazione previdenziale applicabile ai lavoratori autonomi che svolgono l'attività professionale in due o più Stati membri U.E. [art. 13.2 , Reg. (CE) n. 883/04; art. 14, Reg. (CE) n. 987/2009].

Il sottoscritto Ing./Arch. _____

Matricola n.		Codice Fiscale	
--------------	--	----------------	--

Nat. il. ____/____/____ a _____ (Prov. ____)

Residente in: Stato _____ Città _____ (Prov. _____)

Indirizzo

C.A.P.

Tel. /

E-mail

Indirizzo nel paese di soggiorno: Via,n.

codice postale _____ Città _____ Sigla paese _____

Ai sensi degli artt.46, 47 e 48 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali per le dichiarazioni mendaci, la formazione di atti falsi e/o l'uso degli stessi, ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R.445/2000

Dichiara

sotto la propria personale responsabilità:

- ☐ di essere residente in Italia e di svolgere in questo Paese una parte sostanziale della propria attività professionale;
- ☐ di non essere residente in Italia - Stato membro in cui esercita una parte sostanziale della propria attività professionale - ma di avere in Italia il centro di interessi delle proprie attività
- ☐ di svolgere attività lavorativa in Italia come
 - lavoratore autonomo
 - lavoratore subordinato
- ☐ di svolgere attività professionale in uno Stato estero (specificare quale) _____ come:
 - lavoratore subordinato distaccato
 - lavoratore subordinato che lavora in due o più Stati
 - lavoratore autonomo distaccato
 - lavoratore autonomo che lavora in due o più Stati
 - altro

Chiede

il rilascio del Modello A 1 – attestante il versamento dei contributi previdenziali ad Inarcassa per l'attività lavorativa svolta:

- presso la/le seguenti azienda/e:

- Denominazione

- Indirizzo

Via,n. _____

casella postale _____ Città _____

Codice Postale Paese _____

Via,n. _____

casella postale _____ Città _____

Codice Postale Paese _____

- per periodo dal __/__/__ al* __/__/__ *campo a compilazione non obbligatoria

Data _____

Firma del dichiarante _____

È necessario allegare copia di un valido documento di identità

Attenzione: il modulo va compilato a lettere maiuscole in ogni sua parte, stampato e inviato alla Cassa via PEC all'indirizzo protocollo@pec.inarcassa.org, per posta all'indirizzo indicato in testa o via fax al n.06.85274211