

DICHIARAZIONE DI INIZIO ATTIVITA'  
SPECIALIZZANDI

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
beneficiario di una borsa di formazione specialistica in \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

DICHIARA

- ai fini della legge 335 dell'8/8/1995 – INPS GESTIONE SEPARATA, dell'art. 1 comma 300 lettera c) della legge 266 del 23/12/2005 e della CIRCOLARE INPS N.37 DELL'8/02/2007:

di NON ESSERE iscritto ad altre forme di previdenza

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione riguardante la propria posizione assicurativa ai fini previdenziali.

CATANIA, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Si allega

- copia del documento di riconoscimento.