

DICHIARAZIONE DI REGOLARITA' CONTRIBUTIVA

Il/la sottoscritto/a

nella sua qualità di (barrare e indicare a seconda dei casi) :

Proprietario
Amministratore del condominio
Località Prov.
Via/P.zza CAP Tel.
Legale rappresentante della società proprietaria/amministratrice
Ragione sociale :
Indirizzo : Località Prov.
Via/P.zza CAP Tel.

dell'immobile sito in :

Località Prov.
Via/P.zza CAP Tel.

matricola INPS n° (indicare sempre) : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

ai fini del riconoscimento delle prestazioni di Assistenza Integrativa erogate dalla Cassa Portieri a favore dei dipendenti da proprietari di fabbricati

dichiara sotto la propria responsabilità

- di aver in oggi / aver avuto sino al ___/___/___ (cancellare ciò che non interessa) alle proprie dipendenze il/la Sig./Sig.ra (COGNOME) (NOME)
C.F.; e che, in relazione a detto dipendente, i contributi di assistenza contrattuale di cui all' Art.6 del CCNL per i dipendenti da proprietari di fabbricati risultano regolarmente versati sin dal momento della prima iscrizione al Fondo Malattia Portieri.

Distinti saluti.

Data

Firma.....

(*) Dichiarazione di regolarità contributiva valida ai fini del riconoscimento delle prestazioni di Assistenza Integrativa erogate dalla Cassa Portieri