

Spett.le
I.N.P.D.A.P.
Ufficio T.F.R.

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il ____/____/____ a _____ (_____)

Codice Fiscale _____

Con riferimento a T.F.R. maturato per il servizio dal ____/____/____ al ____/____/____

(data di cessazione) (*)

D I C H I A R A

Che nel primo giorno lavorativo successivo alla data di cessazione (*) non ha prestato servizio presso altra Amministrazione Pubblica iscritta all' I.N.P.D.A.P.

Mascalucia, ____/____/____

Firma
