

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO – ART 47 DPR 445/2000

Il sottoscritto _____, nato a _____, (prov _____), il _____, codice fiscale _____, rappresentante legale dell'azienda _____, matricola INPS n° _____, dichiara che i periodi di fruizione della CIGO già goduti sono i seguenti:

AUTORIZZAZIONE INPS	PERIODO SETTIMANA DAL /AL (da lunedì al sabato)	CIG USUFRUITA GIORNI O SETTIMANE (SI)	CIG NON FRUITA GIORNI O SETTIMANE (NO)	GIORNI O SETTIMANE RESIDUE

Il sottoscritto si impegna a comunicare all'INPS qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento. Il sottoscritto è consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dei benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data _____ **Firma** _____

(Avvertenze: se inviata mediante canali diversi dalla posta elettronica certificata o non consegnata personalmente al Punto Cliente dell'Agenzia è necessario allegare copia del documento di riconoscimento incorso di validità)