

DICHIARAZIONE di assicurazione pensionistica e di invalidità

Il sottoscritto

codice fiscale

dichiara che:

Durante lo svolgimento delle prestazioni lavorative in base al contratto con _____, (si prega di cerchiare; in caso di lavoro a tempo determinato, indicare anche la data):

- pensionato;
- assicurato come dipendente con orario a tempo pieno e contratto di lavoro a tempo indeterminato;
- assicurato come dipendente con orario a tempo pieno e contratto di lavoro a tempo determinato fino al _____ ;
- assicurato come dipendente con contratto di lavoro a tempo parziale e assicurato volontariamente per la differenza rispetto al lavoro a tempo pieno;
- assicurato a tempo pieno come lavoratore autonomo, in cui il lavoro svolto nell'ambito del contratto d'autore rientra nelle attività registrate del sottoscritto;
- assicurato a tempo pieno come lavoratore autonomo, in cui il lavoro svolto nell'ambito del contratto d'autore non rientra nelle attività registrate del sottoscritto;
- assicurato a tempo pieno come agricoltore;
- assicurato come socio di una società o come fondatore di un ente o di una cooperativa, dei quali ne è contemporaneamente dirigente;
- studente titolare di pensione di reversibilità familiare;
- iscritto volontariamente all'assicurazione pensionistica e di invalidità.

ovvero

- di non essere assicurato per la pensione e l'invalidità a tempo pieno o con orario di lavoro a tempo pieno secondo nessuna delle condizioni succitate (dipendente con contratto di lavoro a tempo parziale, studente, disoccupato ecc.).

Con la sottoscrizione il sottoscritto si impegna a comunicare per iscritto a tutti i pagatori eventuali variazioni dello stato assicurativo - _____, entro due giorni lavorativi e si assume la responsabilità di eventuali inesattezze nella presente dichiarazione o in caso di ritardata comunicazione di successive variazioni dello status assicurativo che potrebbero comportare un calcolo errato delle imposte e dei contributi da reddito contrattuale.

Luogo e data:

(firma)