

DOMANDA DI CESSAZIONE

All'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale sede di _____

Il sottoscritto _____

nato a _____ pr. _____ il _____

in qualità di (titolare, socio, amministratore,...) _____

dell'impresa con sede in _____

matricola INPS n. _____ nr. REA _____

Consapevole delle responsabilità civili e penali che derivano, in base alle vigenti disposizioni di legge, ex artt. 1 e 2 lg.n. 15/1968 e artt. 483, 495 e 496 cod. pen., dalla denuncia di circostanze o fatti non rispondenti a verità.

DENUNCIA

A) La cessazione **dell'attività dell'azienda** con effetto dal: _____

Per il seguente motivo: _____

B) La cessazione **dell'attività del collaboratore familiare** sottoindicato:

Cognome e Nome _____

nato il _____ a _____ Pr. _____

Motivo della cessazione _____

Decorrenza della cessazione _____

Grado della parentela con il titolare _____

La società è composta dai soci sotto elencati:

	Cognome e nome	Qualifica(socio partecipante o non partecipante)
1)	_____	_____
2)	_____	_____
3)	_____	_____
4)	_____	_____
5)	_____	_____

Il sottoscritto si impegna altresì a produrre l'ulteriore documentazione di cui l'INPS, avvalendosi delle facoltà concesse dalla legge, riterrà opportuno di richiedere o di prendere visione.

La presente domanda di variazione deve essere compilata in tutte le sue voci.

Data _____ Firma _____

Il Funzionario incaricato _____