Modulo Riesame Domande di prestazione regionale

DATI DEL RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____Prov ._____ il _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Res./Dom. in via/piazza _____, n°____ Comune _____ Cap_____

Tel._____ Cell._____ E-mail _____@_____

In qualità di: ☐ **Dipendente** ☐ **Titolare** ☐ **Socio**

Dell'impresa (Rag Soc.) _____

Con sede in _____, n°____ Comune_____ Cap_____

P.I._____ Matr. INPS _____ Attività_____

Tel._____ Cell. _____ E-mail_____ @ _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

CHIEDE IL RIESAME

Tipologia di domanda:

Dettaglio della motivazione:

Luogo e Data

Firma del Richiedente