

Stato: in attività cessata altro (*spec.*) _____

Codice attività | _ _ _ _ _ | Descrizione codice attività _____

Domicilio fiscale (*indirizzo*) _____

Attività svolta _____

Ruolo ricoperto _____

Inizio attività _____ Termine attività _____
(gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa)

Durata attività * (*escluse le eventuali interruzioni*): _____
(mesi/anni)

Tipologia attività lavorativa:

Impresa individuale Socio di società/ Cooperativa Libero professionista: singolo
 per società/coop

Partita IVA | _ _ _ _ _ |

Codice Fiscale | _ _ _ _ _ |

Denominazione impresa/società/Cooperativa _____

Stato: in attività cessata altro (*spec.*) _____

Codice attività | _ _ _ _ _ | Descrizione codice attività _____

Domicilio fiscale (*indirizzo*) _____

Attività svolta _____

Ruolo assunto nell'ambito di una Società _____

Inizio attività _____ Termine attività _____
(gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa)

Durata attività * (*escluse le eventuali interruzioni*): _____
(mesi/anni)

Durata* complessiva esperienza lavorativa autonoma: _____
(anni - mesi)

Il/la sottoscritto/a allega alla presente copie dei seguenti documenti e **dichiara**, ai sensi dell'art. 19 del DPR 445/2000 s.m.i. che la copia della documentazione allegata è autentica e conforme all'originale:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

Il dichiarante prende atto che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o produce e fa uso di atti falsi, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e che l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza da ogni beneficio conseguito in seguito al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000.

Data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)
La firma non va autenticata

DA UTILIZZARE COME FAC-SIMILE PER COMPILAZIONE SU PIATTAFORMA