



ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE  
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO



Istituto Nazionale Previdenza Sociale

## RICHIESTA REGOLARITA' CONTRIBUTIVA

Il sottoscritto ..... in qualità di .....(titolare/legale rappr.)  
della Ditta..... Cod.Fisc./P.IVA .....  
Cod. Ditta INAIL ..... Matr. INPS .....  
chiede il rilascio della certificazione di regolarità contributiva INAIL/INPS (barrare l'Ente non interessato).

Data .....

Firma .....

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, a tal fine

### DICHIARA

di essere ai fini del non obbligo assicurativo **INAIL** (barrare la casella d'interesse):

- titolare di commercio senza l'ausilio di dipendenti, familiari, soci e collaboratori a vario titolo
- titolare agricolo
- agente di commercio che svolge attività in forma autonoma e non societaria
- studio associato di Professionisti iscritti all'Albo (non soci lavoratori e soggetti alla dipendenza funzionale nei confronti della Società per il raggiungimento dei beni e dei fini societari)
- altro .....

Firma.....

### DICHIARA

ai fini del non obbligo di imposizione **INPS** (barrare la casella d'interesse):

- di essere lavoratore dipendente con versamento della contribuzione a INPS/INPDAP/ENPALS (barrare gli enti non interessati)
- di versare la contribuzione alla seguente cassa Professionale.....

Firma.....

**In caso di mancata compilazione della parte sopra scritta, l'Istituto interessato non potrà valutare il NON OBBLIGO ASSICURATIVO.**

N.B. allegare fotocopia di un documento d'identità valido.