

# INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Direzione Metropolitana di Roma  
U.O. Contenzioso invalidità civile e Corte dei Conti

**Autocertificazione**  
**Per i medici ctu del Tribunale**  
(ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Cognome	
Nome	
C.F.	

**DICHIARO**

di essere nato/a		
il	gg/mm/aaaa	
a		Prov.
stato		

Domicilio Fiscale			
città	Prov.		
stato			
Via/Piazza	N°		
cap	Tel.	fax	Mob.
e.mail			
p.e.c.			

Dati per il pagamento			
Soggetto IVA	si	no	
Se soggetto ad iva indicare il numero di partita iva			
Lavoro occasionale	si	no	
Lavoro intramoenia	si	no	
Se si indicare ente :			
Regime fiscale agevolato art. 13 legg e 388/2000	si	no	
Nel caso di regime fiscale agevolato inserire data di inizio e fine agevolazione	INIZIO		
	FINE		
Contributo minimo	si	no	
Regime forfettario 2019 (no IVA - no R.A.)			SI
Accredito c/c iban			

# INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Direzione Metropolitana di Roma  
U.O. Contenzioso invalidità civile e Corte dei Conti

Luogo e data

---

Firma del dichiarante

---

### **Dichiarazione sostitutiva di atto notorio**

- Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.
- Dichiaro che le notizie da me fornite rispondono a verità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 46,47,71,75 e 76 D.P.R. 445/2000).
- Sottoscrivo il presente modulo in presenza del dipendente addetto, ovvero lo sottoscrivo e allego una copia di un documento di identità in corso di validità.
- Dichiaro di essere a conoscenza che le fatture relative ai decreti di liquidazione devono essere emesse nei confronti dell'Amministrazione della Giustizia, ai sensi dell'art. 21 D.P.R. 633/1972, come da Circ. Agenzia delle Entrate n. 9/2018.

Data \_\_\_\_\_

Firma

---