



ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA VETERINARI

**COMUNICAZIONE CESSAZIONE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE/CHIUSURA P. IVA**  
(da inoltrare a mezzo posta o per fax al 06/49200357)

**AUTOCERTIFICAZIONE**  
(D.P.R. 28/12/00 n. 445, ART. 47)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa.....

(cognome) (nome)

nato/a a.....Prov.....il .....

residente in.....Prov.....

via/piazza.....n.....Cap.....

codice fiscale [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ]

tel.....Cell.....fax.....

e-mail.....

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/00,

**DICHIARA**

**DI AVER CHIUSO LA PARTITA IVA N. ....IN DATA.....**

**DICHIARA INOLTRE**

di essere a conoscenza che la nuova situazione professionale non comporta alcun mutamento della posizione iscrivita e contributiva posseduta presso l'ENPAV, in quanto la chiusura della partita IVA non è elemento sufficiente a determinare l'esonero dall'obbligo del pagamento dei contributi di legge (soggettivo, integrativo, maternità) né da quello di dichiarare all'Ente gli eventuali dati reddituali prodotti, essendo necessario che sussistano anche gli ulteriori requisiti previsti per la cancellazione dall'Ente ovvero per la presentazione della richiesta di esonero dall'invio del Modello 1.

**ALLEGA AL PRESENTE MODULO**

***una copia fotostatica di un documento di identità valido***

Data.....

(firma leggibile)

**Informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003**

Si fa presente che i dati acquisiti mediante il presente modulo verranno trattati nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003, con particolare riferimento agli obblighi di riservatezza e sicurezza. Sarà comunque consentito l'accesso a tali dati con la facoltà di chiederne l'aggiornamento o la cancellazione.