



COGNOME E NOME: _____

- Dichiaro di essere iscritto alla gestione separata INPS di cui all'art. 2 comma 26 della legge 8 agosto 1995, n. 335
- Dichiaro di impegnarsi a iscriversi alla gestione separata INPS di cui all'art. 2 comma 26 della legge 8 agosto 1995, n. 335

TABELLA A - ALIQUOTE INPS

32,72% in quanto **non iscritto ad altra forma di previdenza obbligatoria.**

24% in quanto **iscritto ad altra forma di previdenza obbligatoria o titolare di pensione (specificare obbligatoriamente lo status barrando la cassa di appartenenza nell'elenco sottostante):**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dipendenti della Pubblica Amministrazione (INPS ex INPDAP). Specificare Ente di appartenenza:
_____ | <input type="checkbox"/> Chimici |
| <input type="checkbox"/> Lavoratori Dipendenti Settore Privato (INPS) | <input type="checkbox"/> Agronomi |
| <input type="checkbox"/> Pensionati di tutti gli Enti pensionistici obbligatori | <input type="checkbox"/> Geologi |
| <input type="checkbox"/> Artigiani | <input type="checkbox"/> Attuari |
| <input type="checkbox"/> Commercianti | <input type="checkbox"/> Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici infanzia |
| <input type="checkbox"/> Coltivatori diretti, mezzadri e coloni | <input type="checkbox"/> Psicologi |
| <input type="checkbox"/> Dottori commercialisti | <input type="checkbox"/> Biologi |
| <input type="checkbox"/> Ragionieri | <input type="checkbox"/> Periti Industriali |
| <input type="checkbox"/> Ingegneri e Architetti | <input type="checkbox"/> Agrotecnici, Periti Agrari |
| <input type="checkbox"/> Geometri | <input type="checkbox"/> Giornalisti |
| <input type="checkbox"/> Avvocati | <input type="checkbox"/> Dirigenti d'Azienda |
| <input type="checkbox"/> Consulenti del lavoro | <input type="checkbox"/> Lavoratori dello spettacolo |
| <input type="checkbox"/> Notai | <input type="checkbox"/> Lavoratori Poste Italiane S.p.A. |
| <input type="checkbox"/> Medici | <input type="checkbox"/> Imprenditori agricoli professionali |
| <input type="checkbox"/> Farmacisti | <input type="checkbox"/> Enasarco |
| <input type="checkbox"/> Veterinari | <input type="checkbox"/> Epap |

Data _____

Firma _____