**Istanza da stampare in duplice copia**

 All’ Amministrazione

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Alla Sede Territoriale INPS

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a …................................................................................................................

nato/a a …..................................................................... il …................................................

codice fiscale .............................................. dipendente del Comparto ……………………….

……………………………. Amministrazione ……………………………………………………...

In servizio presso .................................................................................................................

area funzionale …. posizione economica ........... e-mail ………..........................................

ai sensi dell’art. 1 comma 6 della legge n. 335/1995

CHIEDE LA CERTIFICAZIONE

* dei contributi versati per i seguenti periodi ……………….......................................................

………………………………………………………………………………………………………..

* dell'avvenuta istanza del sottoscritto per riunione, ricongiunzione , computo o riscatto ai sensi del DPR 1092/ 73 (ove presente);
* dell'avvenuto riscatto/computo/ricongiunzione dei servizi come da decreti ……… ……………………… (ove presente).

E INTIMA

di procedere alla registrazione dei contributi non registrarti e all’aggiornamento del conto personale contributivo.

Tale istanza vale a interrompere i termini prescrizionali ad ogni effetto di legge, ivi compresi quelli previsti dalla circolare n. 94/2017 di INPS

 Firma.........................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (città) (data)