

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____

con la presente dichiara che il giorno successivo alla scadenza del contratto a tempo determinato per il periodo

dal _____ al _____

presso _____

non ha preso servizio presso un Ente iscritto all'I.N.P.D.A.P.

ha preso servizio presso un Ente iscritto all'I.N.P.D.A.P.

Desidera ricevere la liquidazione del TFR nel seguente modo:

con assegno presso la propria abitazione come sopra indicato

con accredito su c/c bancario n. _____, Istituto di

Credito _____ CAB _____ ABI _____

In fede

Data, _____