Spett.le
INARCASSA
DIREZIONE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI
Ufficio Posizioni Previdenziali
Via Salaria, 229 - 00199 Roma

Oggetto: **Richiesta di certificazione di regolarità contributiva (professionisti)**

Il/La sottoscritt_ _____ Ing./Arch. _____

Matricola n. _____ Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nat_ a _____ il _____

chiede il rilascio della **certificazione** attestante la propria **regolarità contributiva** ai sensi della **Legge n.166/02.**

Data _____ Firma del dichiarante _____

Attenzione: il modulo va compilato a lettere maiuscole in ogni sua parte ed inviato ad Inarcassa a mezzo **fax** al **numero 06.85274211,** per **posta** all'**indirizzo indicato in testa** oppure, salvando e compilando questo file, come allegato tramite **e-mail** all'indirizzo **certificazioni@inarcassa.it**