

All. Modello RITA

AUTOCERTIFICAZIONE CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO

Il sottoscritto/a

Cognome	Nome	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nato a	Prov.	il __/__/____
Codice Fiscale		

DICHIARA

di essere cessato dal rapporto di lavoro in data __/__/____ e di non svolgere alcun tipo di attività lavorativa.

Data _____

Firma dell'iscritto _____