

DICHIARAZIONE

.l.....sottoscritt.....

nat...a.....il.....

	(*) percepire
--	----------------------

dichiara di

pensione di invalidità erogata
dall'Istituto Nazionale di
Previdenza Sociale.

	non percepire
--	----------------------

(*) Allegare copia del frontespizio del certificato di pensione n.....

FIRMA.....

DATA.....