

Spett.le ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA E
ASSISTENZA FARMACISTI
UFFICIO CONTRIBUTI
VIALE PASTEUR, 49
00144 ROMA

Roma, _____ codice individuale ENPAF _____

Oggetto: richiesta di attestazione di versamento dei contributi previdenziali e assistenziali ENPAF pagati negli anni _____ .

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

Nato/a a _____ in data _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

c.a.p. _____ (Prov.) _____ tel. _____ codice fiscale _____

CHIEDE

- A) per motivi di carattere fiscale;
- B) per motivi di natura previdenziale;
- C) per altre motivazioni _____.

L'attestazione di versamento dei contributi previdenziali e assistenziali ENPAF pagati negli anni _____ .

- Si allega la fotocopia del documento di identità.

Firma

- **N.B. : Per i contributi riscossi mediante cartella esattoriale , l'attestazione di avvenuto pagamento dovrà essere richiesta dall'iscritto al Concessionario del Servizio Riscossione Tributi territorialmente competente.**