

ISTANZA DILAZIONE DEBITI PREGRESSI

L'azienda (*Ragione sociale*)

con sede legale in (*Indirizzo completo*)

.....

Matricola INPS

Tel./Cell. Mail/Pec

Nella persona del Titolare/Legale Rappresentante (*Nome e Cognome*)

.....

CHIEDE

la dilazione dei debiti pregressi, per un totale di €,

relativi alle seguenti annualità:

Anno Tot. Importo a debito €

Anno Tot. Importo a debito €

Anno Tot. Importo a debito €

Anno Tot. Importo a debito €

Anno Tot. Importo a debito €

Con la seguente articolazione (scegliere una delle seguenti opzioni):

- N. rate, ciascuna di importo costante, pari a € e scadenza mensile, a partire dalla data del
- N. rate, ciascuna di importo variabile, come da prospetto allegato 1.

Dichiaro di aver preso visione della procedura per la richiesta di dilazione dei debiti pregressi, pubblicata nella sezione "Adesione" del sito dell'Ente, all'indirizzo www.ebas.sardegna.it, e di impegnarmi al pagamento delle rate, comunicandoVi eventuali interruzioni dei pagamenti e relative motivazioni.

Dichiaro, inoltre, di avere preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata nella sezione "Privacy" del sito dell'Ente sopra indicato.

Luogo e data

Firma e timbro