

INPS
Sede di Firenze
Ufficio R.C. – Rimborso Saldi Passivi
Viale Belfiore 28/A – 50144 Firenze
=====

Matricola.....

Oggetto : DM 10/m a credito periodo.....

IL sottoscritto.....nato a

Il.....Legale Rappresentante / Titolare della.....

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità civile e penale:

- 1 di avere regolarmente ottemperato fino alla data odierna e comunque fino alla data di sospensione o cessazione dell'attività a tutti gli obblighi stabiliti dalle vigenti disposizioni nei confronti dell'INPS.
- 2 **Non avere** presentato domanda di compensazione con altri contributi dovuti all'INPS. Con l'occasione si precisa che la compensazione è ammessa qualora esistano, a fronte di crediti certi, liquidi ed eseguibili, debiti già preesistenti o accertati, non è, quindi, ammessa la compensazione tra un credito già maturato ed un debito futuro non ancora maturato (vedi artt. 1241 – 43 del c.c. e circ. INPS n° 95 del 25/03/92;
- 3 **Non avere** portato in compensazione con contributi o somme dovute ad altro titolo INPS, al Fisco e/o alle Regioni e/o agli altri enti previdenziali nel mod. F24.

L'importo compensato è di €.....con F24 del
€.....con F24 del

In caso di richiesta di rimborso totale o del residuo credito di €.....
Indicare il numero di c/c bancario su cui accreditare le somme rimborsate, compilando i campi di seguito riportati oppure fotocopiando la parte di estratto conto che li contiene:

Banca.....Agenzia.....

CIN.....ABI.....CAB.....IBAN.....

C/C N°.....

Denominazione Intestatario.....

Data..... Firma.....