



**DOMANDA DI ESONERO PARZIALE DAL PAGAMENTO
DEI CONTRIBUTI PREVIDENZIALI AI SENSI DELL'ART.
8 DEL DEL D.LGS. 102/2004**

Sede _____

Codice Sede _____

QUADRO A

DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome _____

Nome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Codice fiscale _____

Indirizzo (via / piazza) _____

n. civico _____

CAP _____

Comune di residenza _____

Prov. _____

QUADRO B

DATI AZIENDALI

Nella qualità di:

- Titolare di azienda a coltivazione diretta sita nel Comune di _____
progressivo azienda n. _____
- Concedente a mezzadria/colonia parziaria dell'azienda sita nel Comune di _____
progressivo azienda n. _____ di cui è mezzadro/colono il Sig. _____
- Imprenditore agricolo professionale con azienda sita nel Comune di _____
progressivo azienda n. _____
- Coltivatore diretto socio della società _____
avente sede nel Comune di _____ progr. Azienda n. _____
- Imprenditore agricolo professionale socio della società _____
avente sede nel Comune di _____ progr. Azienda n. _____
- Rappresentante legale della Società _____
avente sede nel Comune di _____ progr. Azienda n. _____

QUADRO B1

CHIEDE

- l'esonero parziale dal pagamento dei contributi previdenziali propri e dei propri familiari, in scadenza*
per i terreni siti nel Comune di _____
- l'esonero parziale dal pagamento dei contributi previdenziali, in scadenza *, relativi agli operari
agricoli impiegati nell'azienda _____
cod. azienda _____ codice fiscale _____
per i terreni siti nel Comune di _____

AVVERTENZA Il codice azienda è ricavabile dai primi otto caratteri numerici del codice ditta presente sul mod. F24.
Il progressivo azienda, per gli IAP, CD/CM e PC/CF, corrisponde al progressivo INPS presente sul mod. F24.

* nei dodici mesi successivi all'evento

QUADRO C

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il sottoscritto _____ dichiara, ai sensi della
legge n. 15 del 31 gennaio 1968 e successive modificazioni ed integrazioni, sotto la propria responsabilità
civile e penale, che i danni alla produzione lorda vendibile prodotti dall'evento calamitoso del
_____ di cui al DM del _____ sono calcolati nella misura del _____ ed ha
colpito le seguenti colture:

Dichiara altresì che le colture di cui sopra non sono ammissibili all'assicurazione agevolata.

_____ data

_____ firma

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO



ACCOLTA



RESPINTA