



ASPI / MINIASPI

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' AI FINI DI PERCEZIONE DELL'INDENNITA' ASPI/MINIASPI / *IN-SP*

SPAZIO RISERVATO AL DISOCCUPATO

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO IL _____ A _____ C.F. _____

RESIDENTE IN VIA _____

CITTA' _____ tel _____

DICHIARA sotto la propria responsabilità civile e penale che il ritardo nella presentazione della sua domanda di aspi/miniapi del giorno _____ è stata determinata da malattia

Data _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO AL MEDICO

Il sottoscritto medico/medico curante _____

DICHIARA che il Signor _____ di anni _____

È stato in condizioni di totale incapacità lavorativa a partire dal giorno _____

perché affetto da _____

E che lo stesso :

in data _____ ha riacquisitato la capacità lavorativa sia pure residua

a tutt'oggi non ha riacquisitato la capacità lavorativa sia pure residua

Data

timbro e firma del medico
