



**Organismo di Composizione della Crisi di Imperia  
OCC Imperia**

**ALLEGATO "A" ALL'ISTANZA DEL SIG./SIG.RA** \_\_\_\_\_

**ANAGRAFICA DEL RICHIEDENTE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
Residenza (indirizzo) \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
Recapiti telefonici \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(abitazione) (cellulare) (studio)

Con il presente modulo autocertifico e mi impegno a comunicare all' Organismo di Composizione della Crisi di Imperia ogni cambiamento di indirizzo e dei recapiti sopra indicati.

<b>Stato civile</b>	Coniugato/a	Celibe/Nubile	Vedovo/a
	Divorziato	Convivente	Separato/a

<b>Comunione de beni</b>	SI	NO
<b>Coniuge a carico</b>	SI	NO

<b>Altri familiari (nome e cognome)</b>	<b>Luogo e data di nascita</b>	<b>Studente</b>	<b>Lavoratore</b>	<b>A carico</b>

**ATTIVITÀ LAVORATIVA DEL RICHIEDENTE**





**Organismo di Composizione della Crisi di Imperia  
OCC Imperia**

Attualmente svolge attività Lavorativa?    SI                    NO

Se "SI":

**Autonoma:**

Professione \_\_\_\_\_

Se commerciante o artigiano specificare il settore \_\_\_\_\_

Iscrizione Camera di Commercio N. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**Dipendente:**

Dirigente            Impiegato            Operaio

Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Data di assunzione \_\_\_\_\_

**In pensione:**

dall'Anno \_\_\_\_\_ Precedente attività \_\_\_\_\_

**Cassa integrato/a:**

dall'Anno \_\_\_\_\_ Settore attività \_\_\_\_\_

**Disoccupato/a:**

dal \_\_\_\_\_

Reddito mensile netto \_\_\_\_\_

Reddito annuale lordo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

