

(datore SOVRAINTENDENZA AGLI STUDI)

**COMUNICAZIONE CESSAZIONE/RIATTIVAZIONE LAVORATORI SUPPLEMENTI, ASSUNTI A TERMINE  
E SOSPENSIONE/RIATTIVAZIONE CONTRIBUTIVA**

Lo scrivente Ente "R.A.V.A. SOVRAINTENDENZA AGLI STUDI"

con sede in AOSTA (AO) - Piazza Deffeyes n. 1 - CAP 11100

codice fiscale 80002270074A3

tel. 0165-273282 fax 0165-273275

e-mail/ PEC .....

**comunica**

che i seguenti nominativi degli iscritti per i quali non è dovuta contribuzione nel mese di seguito segnalato, per i quali vi è stata cessazione (relativamente a lavoratori supplementi/assunti a termine) o sospensione contributiva:

<b>Comunicazione relativa a mese di :</b>	
---	--

Per i lavoratori oggetto della presente comunicazione non compresi nella comunicazione relativa al mese successivo, si intende riattivata la contribuzione a decorrere dal mese successivo rispetto a quello sopra segnalato.

Cognome Nome Iscritto	Codice Fiscale	Tipologia contratto (indeterminato/ determinato)	Mese per il quale non c'è contribuzione

**Tale comunicazione deve essere trasmessa al fondo entro il giorno 10 del mese successivo rispetto a quello oggetto della comunicazione anche nel caso in cui non ci siano lavoratori la cui contribuzione risulti sospesa.**

Data .....

Timbro e Firma .....