

Spett.le I.N.P.S.  
Area Prestazioni non Pensionistiche

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ cod.fisc. \_\_\_\_\_ comunica

di essere stato assunto con contratto a tempo

- determinato
- indeterminato

il \_\_\_\_\_ presso la ditta \_\_\_\_\_

di aver cessato il rapporto di lavoro il \_\_\_\_\_

Pertanto, chiede

- il ripristino
- la sospensione

dell'indennità di mobilità a decorrere dal \_\_\_\_\_

In fede.

\_\_\_\_\_ luogo

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ firma