

**AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI PENSIONAMENTO**  
**(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

da inviare alla segreteria dell'Ordine

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA NASCITA \_\_\_\_\_

IN PENSIONE DAL \_\_\_\_\_

ISTITUTO \_\_\_\_\_

PENSIONE DI:

- ANZIANITÀ
- VECCHIAIA
- INVALIDITÀ 100%

- continua a svolgere attività giornalistica retribuita
- non svolge attività giornalistica retribuita

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle conseguenze cui incorre in caso di dichiarazioni false e mendaci e di uso di atti falsi (art. 11- 26 D.P.R. 403/98- art. 476- 489 del c.p.).

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_