

**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:**

**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** \_\_\_\_\_