....., .....
Spettabile
Inps
Sede di .....
.....
.....

Oggetto: **fall. ..... n. .....**

Il sottoscritto dott. ..... domiciliato in ....., via ....., in qualità di curatore del fallimento in oggetto, codice fiscale ....., con sede in ....., via/piazza/corso ....., matricola
Inps ....., Css ....., in stato di insolvenza in seguito a fallimento dichiarato in data ..... dal Tribunale di ..... con sentenza del ..... n. ..... il cui stato passivo è stato reso esecutivo in data ....., trasmette in allegato n. ..... dichiarazione/i, contenente i dati per il pagamento del trattamento di fine rapporto a carico del fondo di garanzia previsto dall'art. 2 della legge 297/1982.

Il Curatore

(dott. .....)

All. n. .....