

Io sottoscritto FALCO GIANNARO			
Luogo di nascita BAR	Provincia BA	Data di nascita 2-8-2000	Codice Fiscale FLCGNR00M02A662S
Residente CONTRADA FRA' D'AVOLO, 3		Domicilio Fiscale al 1° Gennaio (Comune, Prov.) CASSANO DELLE MURGE, BA	
Dipendente/Collaboratore della Società/Ditta/Studio PROGETTI E SOLUZIONI		Stato Civile C E L I B E	Titolo di studio DIPLOMA DI MATURITA'

IO SOTTOSCRITTO/A, CONSAPEVOLE CHE LA PRESENTE DICHIARAZIONE VERRA' RITENUTA VALIDA, FINO A DIVERSA COMUNICAZIONE, ANCHE PER GLI ANNI A SEGUIRE, MI IMPEGNO A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE EVENTUALI VARIAZIONI RISPETTO A QUANTO DICHIARATO NEL PRESENTE MODULO.

Prima iscrizione alla previdenza obbligatoria successiva all'1/1/2007: ¹ Si: ☐ No: ☐ Se sì, indicare la data: _____

Sotto la mia responsabilità, DICHIARO DI AVER DIRITTO a decorrere (dal _____) alle seguenti DETRAZIONI dall'imposta lorda²
(contrassegnare le caselle che interessano)

☒ **LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI** (art. 13 Tuir)² → Le detrazioni da Lavoro Dipendente ed assimilati vengono automaticamente applicate salvo diversa richiesta. Nel caso in cui non si voglia che vengano applicate le detrazioni da Lavoro Dipendente ed assimilati, BARRARE LA CASELLA SOTTOSTANTE

☐ RICHIEDO CHE NON MI VENGANO APPLICATE LE DETRAZIONI DA LAVORO DIPENDENTE ED ASSIMILATI.

☐ **NON** raggugliare la DETRAZIONE MINIMA (per rapporti di lavoro inferiori all'anno)³
vedi nota 3 = retro pagina

VEDERE NOTE n. 4, 5, 8 PER I LIMITI REDDITUALI PER POTER CONSIDERARE A CARICO CONIUGE = FIGLI = ALTRI FAMILIARI

CONIUGE (art. 12 Tuir): ⁴ i dati anagrafici e il codice fiscale DEVONO **SEMPRE** ESSERE INDICATI ANCHE SE NON FISCALMENTE A CARICO;
se il coniuge è a carico, barrare la casella a sinistra e compilare anche i campi "N. mesi a carico" e "Dal mese / Al mese":

Cognome e nome Luogo e Data di nascita	Codice fiscale	N. mesi a carico	Dal mese/Al mese

FIGLI A CARICO (art. 12 Tuir): ⁵ Il Dichiarante è consapevole che, in caso di coniuge non a carico, la detrazione al 100% spetta solo previo accordo con l'altro genitore e solo se titolare del reddito più elevato.

	Cognome e nome Luogo e Data di nascita	Codice fiscale	N. mesi a carico	Dal mese/Al mese	al 100%	al 50%	Disabile
1							
2							
3							
4							

Barrare se manca l'altro genitore: ⁶ ☐

Ulteriore detrazione per famiglie numerose (per i genitori con almeno 4 figli a carico): ⁷ Dal mese: _____ Al mese: _____ % spettanza _____

ALTRI FAMILIARI A CARICO (art. 12 Tuir): ⁸

	Cognome e nome Luogo e Data di nascita	Codice fiscale	N. mesi a carico	Dal mese/Al mese	% di spettanza
1					
2					

CHIEDO INOLTRE

- ☒ che IL REDDITO COMPLESSIVO del sottoscritto CORRISPONDERA' A QUELLO CORRISPONTO DA CODESTA/O SOCIETA'/DITTA/STUDIO.
- ☐ che venga considerato come REDDITO COMPLESSIVO del sottoscritto, per l'attribuzione delle detrazioni d'imposta, l'importo pari ad € _____
(Se il reddito complessivo dichiarato risulterà inferiore a quello di lavoro, in sede di conguaglio sarà applicato quello di lavoro)
- ☐ che venga considerato come REDDITO COMPLESSIVO del sottoscritto, per l'attribuzione delle detrazioni d'imposta, oltre che il reddito corrisposto da codesta/o Società /Ditta/Studio, anche quello derivante da ALTRI REDDITI DIVERSI DA QUELLI DI LAVORO, l'importo pari ad € _____ al netto dell'abitazione principale. (in alternativa alla precedente opzione)
- ☐ che vengano tenuti conto, in fase di conguaglio, anche ALTRI REDDITI di lavoro dipendente e/o assimilati percepiti nel corso dell'anno solare con altri datori di lavoro. A tal fine MI IMPEGNO a consegnare la dichiarazione del/i precedente/i – altro/i datore/i di lavoro entro i termini di legge utili per i conguagli.
- ☐ L'APPLICAZIONE DI UN'ALiquota IRPEF PIU' ELEVATA pari al: _____ % (l'aliquota verrà applicata ANCHE IN SEDE DI CONGUAGLIO)
(se non si vuole che l'aliquota più elevata venga applicata anche in fase di conguaglio, barrare la sottostante casella).
- ☐ RICHIEDO CHE L'ALiquota IRPEF PIU' ELEVATA, DI CUI SOPRA, NON VENGHA APPLICATA IN FASE DI CONGUAGLIO.

DICHIARO INFINE

☒ di non essere titolare di pensione (oppure) ☐ di essere titolare di pensione N. _____, con trattenuta pari ad € _____ per giorno. ⁹

COMUNICAZIONE AI FINI DELL'EROGAZIONE DEL TRATTAMENTO INTEGRATIVO PER I REDDITI DI LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI DI CUI ALL'ART. 1 DEL DL N. 3/2020

Con riferimento al diritto all'erogazione in busta paga del trattamento integrativo, previsto in caso di reddito complessivo non superiore ad € 28.000(*), disciplinato dalla succitata disposizione così come modificata dalla Legge n. 234 del 30/12/2021 (legge di Bilancio 2022) e spettante per l'anno **2024**, nel rispetto delle previste modalità attuative,

io sottoscritto FALCO GENNARO..... codice fiscale FLCGNR00M02A662S
dipendente/collaboratore della Società/Ditta/Studio PROGETTE SOLUZIONI.....

COMUNICO

- ☒ di richiedere, l'applicazione del trattamento integrativo, calcolato in base al mio reddito effettivo dell'anno 2024, derivante dal rapporto di lavoro in essere con codesta Impresa/Studio;
- ☐ di richiedere la non applicazione del beneficio, perché:
- o presumo che nell'anno 2024 il mio reddito complessivo sarà superiore ad euro 28.000;
 - o scelgo di richiedere il beneficio ad altro mio contestuale datore di lavoro;
 - o ritengo che ricorrano ulteriori condizioni utili alla non applicabilità;
- ☐ che presumibilmente in corso d'anno percepirò ulteriori redditi pari ad €, aggiuntivi rispetto a quelli derivanti dal rapporto con codesta Azienda, non precedentemente comunicati. Chiedo che degli stessi ulteriori redditi si tenga conto non soltanto al fine della erogazione / spettanza di questo beneficio, ma anche per il calcolo e l'attribuzione delle detrazioni previste dagli artt. 12 e 13 del TUIR, con ciò adempiendo all'obbligo di comunicare tempestivamente le variazioni delle condizioni rilevanti al fine della relativa spettanza, ex art. 23, co. 2, lett. a) D. P. R. 600/1973;
- ☐ di richiedere l'applicazione del beneficio solamente in fase di conguaglio di fine anno o in caso di interruzione del rapporto di lavoro nel corso dell'anno;
- ☐ altro:

Le dichiarazioni contenute nella presente lettera sono rese sotto la propria responsabilità civile e penale.

Data

09.06.2025

In fede,

Falco Gennaro

(*) Si riportano di seguito le condizioni previste per la spettanza del trattamento integrativo (circolare 4/E del 18/02/2022):

Se il reddito complessivo non è superiore ad € 15.000 il trattamento integrativo è riconosciuto a condizione che l'imposta lorda sia superiore alle detrazioni di lavoro dipendente, e l'importo è pari ad € 1.200.

Se il reddito complessivo è superiore ad € 15.000 ma non ad € 28.000 il trattamento integrativo è riconosciuto a condizione che la somma delle detrazioni per familiari a carico, di lavoro dipendente e di altre specifiche detrazioni previste dalla disciplina (tra cui, ad esempio, le detrazioni per interessi su mutui limitatamente agli oneri sostenuti in dipendenza di prestiti o mutui contratti fino al 31 Dicembre 2021) sia di ammontare superiore all'imposta lorda, e l'importo è pari alla differenza tra la somma di tali detrazioni e l'imposta lorda per un ammontare comunque non superiore ad € 1.200.

In ogni caso l'importo del trattamento integrativo riconosciuto sarà rapportato al periodo di lavoro.

DICHIARAZIONE DI ANZIANITA' CONTRIBUTIVA

Il/La sottoscritto/a PALCO GENARO
Nato/a a BARI - il 2-8-1950
Codice Fiscale: FLCGNR00M02A6625
sotto la propria responsabilità

DICHIARA DI ESSERE NELLA SEGUENTE CONDIZIONE

1) LAVORATORI ASSICURATI DAL 1° GENNAIO 1996 O CHE HANNO ESERCITATO L'OPZIONE CONTRIBUTIVA.

- ☒ A) di essere nelle condizioni previste dal c. 18 - paragrafo 2° - dell'art. 2 della L. 335/1995, in quanto privo di qualsiasi anzianità contributiva alla data del 1° Gennaio 1996;
- ☐ B) di aver esercitato l'opzione per il sistema contributivo ai sensi del c. 23 - dell'art. 1 della Legge 335/1995 con comunicazione presentata all'INPS in data
- C) per l'anno in corso l'imponibile contributivo già assoggettato a contribuzione è pari a €

chiede

pertanto, di essere assoggettato/a, ai fini del versamento dei contributi pensionistici, al limite annuo massimo vigente.

2) LAVORATORI ASSICURATI PRIMA DEL 1° GENNAIO 1996.

- ☐ D) di aver svolto attività lavorativa come dipendente in Italia;
- ☐ E) di aver svolto attività lavorativa come dipendente in Paesi esteri (nominativo Paese);
- ☐ F) di aver svolto attività lavorativa come artigiano/commerciante o libero professionista con versamenti contributivi alla relativa cassa di previdenza.
- ☐ G) di aver presentato all'Ente previdenziale (INPS, INPDAP, ecc.) la domanda di riscatto di laurea per periodi universitari ante 1996;
- ☐ H) di aver richiesto all'Ente previdenziale (INPS, INPDAP, ecc.) l'accredito del servizio militare per periodi ante 1996.

chiede

pertanto, di essere assoggettato/a, ai fini del versamento dei contributi pensionistici, sull'intera retribuzione imponibile percepita.

Il/La Dichiarante

P. Genaro

Li, 09 GIUGNO 2025

☒ Barrare le caselle interessate