



Modulo Rilevazione Dati relativo alla Polizza n. 4731

Stipulata da Santander Consumer Bank S.p.A con AXA France Vie S.A.

Copertura assicurativa Caso Morte

Abbinata a prestiti rimborsabili mediante cessione del quinto o delega dello stipendio o della pensione
Il presente documento dovrà essere compilato accuratamente evitando macchie o cancellature, un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida.

DATI DEL CEDENTE/DELEGANTE

Nome MARTINA Cognome BENNATI

Data di nascita 22 9 1985 Codice Fiscale BNNMTN85P62A390X

Indirizzo VIA ANDREA DORIA, 6

CAP 52100 Comune AREZZO Prov AR

Documento d'identità (tipo, numero, data e luogo di emissione) CAR AR2838085 01/09/2008 MARCIANO DELLA CHIANA

Recapito Telefonico dell'Assicurando 338 8866047

Recapito Telefonico di un familiare (indicare il grado di parentela)

Situazione lavorativa:

- Dipendente Statale o Ministeriale Dipendente Pubblico Dipendente Parapubblico
 Dipendente Privato Dipendente Small Business Pensionato

Ente/Azienda di cui il Cedente/Delegante è lavoratore dipendente CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL SRL

Con sede in VIA FRA GUITTONE, 2 52100 AREZZO AR

DATI SUL PRESTITO

Prestito n° 540747 Durata mesi 60 Importo Euro 5.037,52

Rata mensile Euro 123,00 Montante Lordo (uguale alla somma delle rate) Euro 7.380,00

Decorrenza 01/05/2015 Scadenza 30/04/2020 TAN 9,17

CONTRAENTE E BENEFICIARIO

CONTRAENTE: **SANTANDER CONSUMER BANK S.p.A.**

BENEFICIARIO (se diverso dal Contraente): -----

DICHIARAZIONE DEL CEDENTE DELEGANTE

Il Sottoscritto, avendo chiesto al Contraente un prestito personale da estinguersi mediante cessione/delegazione di pagamento di quote di stipendio/pensione ai sensi del DPR del 5.1.1950 n.180 e successive modifiche/ai sensi dell'art.1269 e 1723 II comma del Codice Civile:

- dà il proprio consenso al Contraente, anche ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile, a stipulare sulla propria vita le coperture assicurative previste nella Polizza stipulata tra il Contraente e AXA France Vie;
- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del rischio da parte di AXA France Vie, sono veritieri, precise e complete;
- proscioglie dal segreto professionale e legale medici ed enti che possano o potranno averlo curato o visitato e le altre persone alle quali AXA France Vie riterrà opportuno rivolgersi per informazioni, nel limite consentito dalla legislazione italiana.

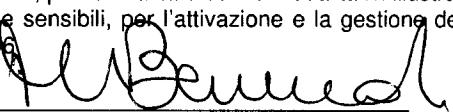
Data 15/04/2015

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (da compilarsi a cura del Cedente/Delegante)

Avendo preso visione dell'Informativa sulla Privacy, allegata al presente documento, per le finalità e con le modalità ivi illustrate, acconsento al trattamento da parte di AXA France Vie dei miei dati personali e sensibili, per l'attivazione e la gestione della copertura assicurativa, ai sensi degli artt. 23 e 26 del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196.

Data 15/04/2015

Firma 

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che devono corrispondere a verità ed esattezza. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Cedente/Delegante, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Impresa, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione assicurativa, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione al sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c..

Il presente documento dovrà essere compilato accuratamente evitando macchie o cancellature, un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida.

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Il Sottoscritto dichiara:

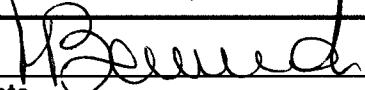
- di non essere attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio o e di non esserlo stato negli ultimi 5 anni per più di 30 giorni consecutivi;
- di non essere attualmente colpito da un'infermità, un'invalidità o una malattia cronica;
- di non essere stato colpito, negli ultimi 10 anni, da affezioni cardiache, vascolari, respiratorie, digestive, renali, reumatiche, discovertebrali, psichiatriche, psichiche o da diabete;
- di non aver subito, negli ultimi 10 anni, interventi chirurgici (ad esclusione dell'asportazione dell'appendice, delle tonsille e/o delle adenoidi, della cistifellea, d'un parto cesareo, di un'ernia inguinale o ombelicale) e/o di non dover subire, a mia conoscenza, un intervento chirurgico nei prossimi dodici mesi;
- di non essere e di non essere stato titolare di una pensione di invalidità?
- che la differenza tra la mia altezza in centimetri ed il mio peso in chilogrammi non è inferiore a 80 o superiore a 120;

Il/S I Sottoscritto prende atto del fatto che in caso di falsa dichiarazione la copertura assicurativa non entrerà in vigore, con espressa assunzione a proprio carico di ogni responsabilità sia nei confronti della Contraente che nei confronti della Compagnia.

Le dichiarazioni non veritieri, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Luogo e data
Cedente/Delegante

Firma del


Arezzo 22/04/2015

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/03 – CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative¹

La nostra Società (di seguito anche "AXA") e il Partner gestionale ha la necessità di disporre di dati personali che la riguardano (dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge², e/o dati già acquisiti, forniti da lei o da altri soggetti³) e deve trattarli nel quadro delle finalità assicurative. Pertanto le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento dei suoi dati strettamente necessari per la fornitura di suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte della nostra Società, del Partner gestionale e di terzi a cui tali dati saranno comunicati⁴.

Il consenso che le chiediamo riguarda anche il trattamento degli eventuali dati sensibili strettamente inerenti alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e/o delle prestazioni citate⁵ il cui trattamento è ammesso dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei e la nostra Società, secondo i casi, i suoi dati possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa"⁶, in parte anche in funzione meramente organizzativa.

Il consenso che le chiediamo riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Precisiamo che senza i suoi dati non saremo in grado di fornirle, le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati. Quindi, in relazione a questa specifica finalità, il suo consenso è presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto assicurativo.

B) Modalità d'uso dei suoi dati personali e suoi diritti

¹ La "finalità assicurativa" richiede, che i dati siano trattati necessariamente per: predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivati; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio o difesa di diritti dell'Impresa; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

² Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

³ Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (contraenti di assicurazioni in cui lei risulti Assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

⁴ I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società, controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); Società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; Impresa, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim.

⁵ Cioè i dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d) ed e), del Codice, quali dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose ovvero dati relativi a sentenze o indagini penali.

⁶ Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- Impresa, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim: legali; periti; medici; autotecnici; centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, società di consulenza per tutela giudiziaria, cliniche convenzionate; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imballaggio, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi ed il monitoraggio delle attività di distribuzione; società di recupero crediti;
- società ed enti facenti riferimento al Gruppo a cui appartiene la nostra Società (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- ANIA (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici); organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo o comunque inerenti a materie di interesse per l'attività assicurativa; nonché altri soggetti, istituiti presso Autorità Amministrative indipendenti o Organismi di Controllo e Ministeri; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAl, INPGI ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Magistratura; Forze dell'ordine; altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria in base a leggi o regolamenti).

L'elenco completo di tutti i predetti soggetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente chiedendolo al Responsabile indicato nell'informativa.

Le precisiamo inoltre che i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati nell'ambito delle rispettive mansioni possono venire a conoscenza dei suoi dati quali "responsabili" o "incaricati" del trattamento.

Modalità di uso dei suoi dati personali

I suoi dati personali sono trattati⁷ da AXA - titolare del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirle le prestazioni, i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o previsti in suo favore, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per i suddetti fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa.

Nella nostra Società, i dati sono trattati da dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute, per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestione⁸; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

I suoi diritti

Lei ha il diritto di conoscere quali sono i suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento⁹.

Per l'esercizio dei Suoi diritti Lei può rivolgersi a:

AXA Assicurazioni - AXA Creditor, Corso Como 17, 20154 Milano MI, Italia

⁷ Il trattamento può comportare le operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modifica, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

⁸ Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella c.d. "catena assicurativa" con funzione organizzativa.

⁹ Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. L'art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti) prevede che:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccetto il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiali pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale."

Cognome..... BENNATI
Nome..... MARTINA
nato il..... 22/09/1985
(atto n..... 962 P 1 S A)
a..... AREZZO (AR)
Cittadinanza..... ITALIANA
Residenza..... MARCIANO DELLA CHIANA (AR)
Via..... CESALVIA A. MANZONI, 13
Stato civile..... OSTETRICA
Professione.....

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
m. 1,71
Statura..... BIONDI
Capelli..... CASTANI
Occhi..... NESSUNO
Segni particolari.....



SCADENZA 01/09/2018

AR 2838085

I.P.Z.S. S.p.A. - OFFICINA C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
MARTIANO DELLA CHIANA (AR)

CARTA D'IDENTITA'

N° AR 2838085

DI

BENNATTI

MARTINA

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3 Cognome

BENNATI

4 Nome

MARTINA

6 Numero di identificazione personale

BNNMTN85P62A350

8 Numero di identificazione della tessera

8038000090004296

5 Data di nascita

22/09/1985

7 Numero di identificazione dell'istituzione

I-MIN SALUTE - 500001

9 Scadenza

22/04/2016

REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI



Codice Fiscale **BNNMTN85P62A390X**

Sesso **F**

Cognome **BENNATI**

Nome **MARTINA**

Data di scadenza

22/04/2016

Luogo

di nascita

Prov.

Data di nascita **22/04/1985**

Dati sanitari regionali

REGGIO EMILIA

CERTIFICATO DI STIPENDIO O SALARIO

L'Amministrazione CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL Cod.Fisc. 01952970513
con sede in AREZZO cap. 52100 Via DEI LECCI n° 22
cap. sociale 2350.000,00 pec: centrochirurgicotoscano@pec.it
rappresentata dal sottoscritto nella sua qualità di rappresentante legale dichiara quanto segue:

1° Il Sig. BENNATI MARTINA cod.Fisc. BNNTMTN85P62A390X
nato a AREZZO il 22/3/1985 residente in AREZZO
cap 52100 via DELLA REGGIA - STAGGIANO n° 43 presta servizio presso questa Amministrazione
dal giorno 1/10/2012 in qualità di CAPO SALA

- a tempo indeterminato a tempo determinato
 full time part time orizzontale part time verticale

2° ha già prestato servizio precedente presso _____ dal _____ al _____

3° il servizio complessivo già prestato utile agli effetti della pensione è di anni DUE e non può essere collocato a riposo
prima del _____ salvo _____

4° attualmente non sono in corso a suo carico provvedimenti disciplinari o penali, atti a provocare la sospensione o la diminuzione delle somme corrispondenti e che egli è a tutt'oggi in piena attività di servizio, e comunque, non è rimasto assente dal lavoro negli ultimi sei mesi per infortunio e/o malattia per più di trenta giorni, inoltre alla data odierna non risulta alcuna richiesta di collocamento a riposo.

5° ha già adempiuto e non ha obblighi di leva.

6° E' provvisto di retribuzione fissa e continuativa mensile linda di € 2021,44
per n° 12 13 14 15 mensilità

depure delle seguenti trattenute, effettuate a norma delle leggi vigenti:

Per imposte,tasse, contributi obbligatori, etc 601,67
Per Alimenti dovuti per Legge _____
Per Pignoramento/i _____
Per Prestiti Aziendali _____ (durata iniziale _____ mesi) _____ (decorrenza ____/____)
Per Cessione V° in corso con _____ (durata iniziale _____ mesi) _____ (decorrenza ____/____)
Per Prestito con delega in corso con _____ (durata iniziale _____ mesi) _____ (decorrenza ____/____)

SI RIDUCONO A MENSILI NETTE € 1420,00

7° Il residuo debito per cessione in corso con l'Istituto _____
è di N. _____ quote mensili di _____ per complessive _____

Il residuo debito per delega in corso con l'Istituto _____
è di N. _____ quote mensili di _____ per complessive _____

Il residuo debito del prestito aziendale ammonta ad € _____

Il residuo debito del pignoramento ammonta ad € _____

8° Si dichiara che il TFR maturato e disponibile presso l'Azienda alla data del 31/12/2014 è di € 4456,77 al netto
dell'anticipo già percepito in data _____ pari ad € _____ + € _____ in data _____

- Indennità accantonata presso il Fondo € _____

9° Destinazione del tfr, secondo il decreto legislativo del 5 dicembre 2005 articolo 8 comma 7n. 252, presso (nome e indirizzo)
FONDO INPS

10° Questa amministrazione dichiara di non aver/di aver rilasciato, negli ultimi 90 giorni, altre dichiarazioni e/o certificato di stipendio.

11° Il sottoscritto si impegna, inoltre, in caso di riduzione, cessazione anche temporanea della trattenuta per qualsiasi motivo, di darne immediatamente comunicazione.

Il sottoscritto conferma l'assoluta esattezza dei dati e delle notizie suseposte e ne assume la responsabilità.

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Luogo e data AREZZO 18/3/2005



CENTRO CHIRURGICO TOSCANO s.r.l.
Via dei Lecci, 22 - 52100 AREZZO
C.F. e P. IVA 01952970513
Tel. 0575 33351 - Fax 0575 333699

NOME, COGNOME E QUALIFICA DI CHI SOTTOSCRIVE

AMBRA BARTOLINI, RESP. UFF. PERSONALE

CERTIFICAZIONE UNICA2015

Agenzia
Entrate

CERTIFICAZIONE DI CUI ALL'ART. 4, COMMI 6-ter e 6-quater,
DEL D.P.R. 22 LUGLIO 1998, N. 322, RELATIVA ALL'ANNO

2014

DATI ANAGRAFICI	01952970513	CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL		
DATI RELATIVI AL DATORE DI LAVORO, ENTE PENSIONISTICO O ALTRO SOSTITUTO D'IMPOSTA	AREZZO	AR	52100	VIA DEI LECCI, 22
				861020
DATI RELATIVI AL DIPENDENTE, PENSIONATO O ALTRO PERCETTORE DELLE SOMME	BNNMTN85P62A390X	BENNATI		MARTINA
	F 22 09 1985 AREZZO	AR		
	AREZZO	AR	A390	
DATI RELATIVI AL RAPPRESENTANTE	23	24	25	
RISERVATO AI PERCIPENTI ESTERI	26	27	28	
	29	30	31	
	32	33	34	
	35	36	37	
	38	39	40	
	41	42	43	
	44	45	46	
	47	48	49	
	50	51	52	
	53	54	55	
	56	57	58	
	59	60	61	
	62	63	64	
	65	66	67	
	68	69	70	
	71	72	73	
	74	75	76	
	77	78	79	
	80	81	82	
	83	84	85	
	86	87	88	
	89	90	91	
	92	93	94	
	95	96	97	
	98	99	100	
	101	102	103	
	104	105	106	
	107	108	109	
	110	111	112	
	113	114	115	
	116	117	118	
	119	120	121	
	122	123	124	
	125	126	127	
	128	129	130	
	131	132	133	
	134	135	136	
	137	138	139	
	140	141	142	
	143	144	145	
	146	147	148	
	149	150	151	
	152	153	154	
	155	156	157	
	158	159	160	
	161	162	163	
	164	165	166	
	167	168	169	
	170	171	172	
	173	174	175	
	176	177	178	
	179	180	181	
	182	183	184	
	185	186	187	
	188	189	190	
	191	192	193	
	194	195	196	
	197	198	199	
	200	201	202	
	203	204	205	
	206	207	208	
	209	210	211	
	212	213	214	
	215	216	217	
	218	219	220	
	221	222	223	
	224	225	226	
	227	228	229	
	230	231	232	
	233	234	235	
	236	237	238	
	239	240	241	
	242	243	244	
	245	246	247	
	248	249	250	
	251	252	253	
	254	255	256	
	257	258	259	
	260	261	262	
	263	264	265	
	266	267	268	
	269	270	271	
	272	273	274	
	275	276	277	
	278	279	280	
	281	282	283	
	284	285	286	
	287	288	289	
	290	291	292	
	293	294	295	
	296	297	298	
	299	300	301	
	302	303	304	
	305	306	307	
	308	309	310	
	311	312	313	
	314	315	316	
	317	318	319	
	320	321	322	
	323	324	325	
	326	327	328	
	329	330	331	
	332	333	334	
	335	336	337	
	338	339	340	
	341	342	343	
	344	345	346	
	347	348	349	
	350	351	352	
	353	354	355	
	356	357	358	
	359	360	361	
	362	363	364	
	365	366	367	
	368	369	370	
	371	372	373	
	374	375	376	
	377	378	379	
	380	381	382	
	383	384	385	
	386	387	388	
	389	390	391	
	392	393	394	
	395	396	397	
	398	399	400	
	401	402	403	
	404	405	406	
	407	408	409	
	410	411	412	
	413	414	415	
	416	417	418	
	419	420	421	
	422	423	424	
	425	426	427	
	428	429	430	
	431	432	433	
	434	435	436	
	437	438	439	
	440	441	442	
	443	444	445	
	446	447	448	
	449	450	451	
	452	453	454	
	455	456	457	
	458	459	460	
	461	462	463	
	464	465	466	
	467	468	469	
	470	471	472	
	473	474	475	
	476	477	478	
	479	480	481	
	482	483	484	
	485	486	487	
	488	489	490	
	491	492	493	
	494	495	496	
	497	498	499	
	500	501	502	
	503	504	505	
	506	507	508	
	509	510	511	
	512	513	514	
	515	516	517	
	518	519	520	
	521	522	523	
	524	525	526	
	527	528	529	
	530	531	532	
	533	534	535	
	536	537	538	
	539	540	541	
	542	543	544	
	545	546	547	
	548	549	550	
	551	552	553	
	554	555	556	
	557	558	559	
	560	561	562	
	563	564	565	
	566	567	568	
	569	570	571	
	572	573	574	
	575	576	577	
	578	579	580	
	581	582	583	
	584	585	586	
	587	588	589	
	590	591	592	
	593	594	595	
	596	597	598	
	599	600	601	
	602	603	604	
	605	606	607	
	608	609	610	
	611	612	613	
	614	615	616	
	617	618	619	
	620	621	622	
	623	624	625	
	626	627	628	
	629	630	631	
	632	633	634	
	635	636	637	
	638	639	640	
	641	642	643	
	644	645	646	
	647	648	649	
	650	651	652	
	653	654	655	
	656	657	658	
	659	660	661	
	662	663	664	
	665	666	667	
	668	669	670	
	671	672	673	
	674	675	676	
	677	678	679	
	680	681	682	
	683	684	685	
	686	687	688	
	689	690	691	
	692	693	694	
	695	696	697	
	698	699	700	
	701	702	703	
	704	705	706	
	707	708	709	
	710	711	712	
	713	714	715	
	716	717	718	
	719	720	721	
	722	723	724	
	725	726	727	
	728	729	730	
	731	732	733	
	734	735	736	
	737	738	739	
	740	741	742	
	743	744	745	
	746	747	748	
	749	750	751	
	752	753	754	
	755	756	757	
	758	759	760	
	761	762	763	
	764	765	766	
	767	768	769	
	770	771	772	
	773	774	775	
	776	777	778	
	779	780	781	
	782	783	784	
	785	786	787	
	788	789	790	
	791	792	793	
	794	795	796	
	797	798	799	
	800	801	802	
	803	804	805	
	806	807	808	
	809	810	811	
	812	813	814	
	815	816	817	
	818	819	820	
	821	822	823	
	824	825	826	
	827	828	829	
	830	831	832	
	833	834	835	
	836	837	838	
	839	840	841	
	842	843	844	
	845	846	847	
	848	849	850	
	851	852	853	
	854	855	856	
	857	858	859	
	860	861	862	
	863	864	865	
	866	867	868	
	869	870	871	
	872	873	874	
	875	876	877	
	878	879	880	
	881	882	883	
	884	885	8	

CERTIFICAZIONE LAVORO DIPENDENTE, ASSIMILATI ED ASSISTENZA FISCALE

DATI FISCALI							
DATI PER LA EVENTUALE COMPILAZIONE DELLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI	29869,93						
REDDITI	✓ 365						
RITENUTE	01/10/2012						
ACCONTI 2014 DICHIARANTE	11 6760,35	12 430,31	16 36,91	17 113,38	18 45,09		
	20	21	23	24	25		
	26	27	28	29	30		
	31	32	33	34	35		
ACCONTI 2014 CONIUGE	36	37	38	39	40		
	41	42	43	44	45		
	46	47	48	49	50		
CREDITI NON RIMBORSATI DICHIARANTE	51	52	53	54	55		
CREDITI NON RIMBORSATI CONIUGE	56	57	58	59	60		
ONERI DETRAIBILI	71 72	73	74	75	76		
	77	78	79	80	81	82	
DETRAZIONI E CREDITI	101 7670,57	102	103	104	105	106	107 910,22
	108	109	110	111	112	113	114 910,22
	115	116	117	118	119	120	121
PREVIDENZA E CREDITI	122	123	124	125	126	127	128
	129	130	131	132	133	134	135
	136	137	138	139	140	141	142
ONERI DEDUCIBILI	143	144	145	146	147	148	149
ALTRI DATI	151	152	153	154	155	156	157
	158	159	160	161	162	163	164
	165	166	167	168	169	170	171
	172	173	174	175	176	177	178
	179	180	181	182	183	184	185



Codice fiscale del percepiente

BNNMTN85P62A390X

Mod. N. 11

**SOMME EROGATE
PER L'INCREMENTO
DELLA PRODUTTIVITA'
DEL LAVORO****REDDITI ASSOGGETTATI
A RITENUTA A TITOLO
DI IMPOSTA****COMPENSI RELATIVI
AGLI ANNI PRECEDENTI****DATI RELATIVI
AI CONIUGLI
IN CASO DI REDDITI EROGATI
DA ALTRI SOGGETTI****TRATTAMENTO DI FINE
RAPPORTO, INDENNITA'
ED IMPOSTA SULLE
INDENNITA'E PRESTAZIONI
IN FORMA DI CAPITALE
SOGGETTE A TASSAZIONE
SEPARATA****DATI RELATIVI
AL CONIUGE
E AL FAMILIARE CARICO**

BARRARE LA CASELLA:
C = CONIUGE
F1 = PRIMO FIGLIO
F = FIGLIO
A = ALTRO FAMILIARE
D = FIGLIO CON DISABILITA'

Indicativo del percipiente

BNMNTN85P62A390X

Mod. N. 1

**DATI
PREVIDENZIALI
ED ASSISTENZIALI**

INPS
SEZIONE 1
LAVORATORI
SUBORDINATI

SEZIONE 2 COLLAB. COORDINATE E CONTINUATIVE

**SEZIONE 3
INPS GESTIONE
DIPENDENTI PUBBLICI
(EX INPDAP)**

**DATI
ASSICURATIVI
MAIL**

0503946153	X	34304,00	3209,75
		X G P R A M G L A S O N D	
6	10	11	12
13	14		
T	G F M A M G L A S O N D		
15	16	17	18
19	20	21	22
23	24	25	26
27			
28	29	30	31
32			
33	34		
T	G F M A M G L A S O N D		
35	36	37	38
39	40	41	42
43	44	45	46
47	48	49	50
51	52	53	54
55	56	57	58
59	60	61	62
63	64	65	66
67	68	69	70
71	72	73	74
75	76	77	78
79	80	81	82
83	84	85	86
87	88	89	90
91	92	93	94
95	96	97	98
99	100	101	102

Al Informazioni relative ai redditi certificati:

Tipologia (Art.49, c.1 Tuir - Redditi da lavoro dipendente), rapporto a tempo (Indeterminato), importo (29869,93).

AI Data inizio e data fine periodo di lavoro
(01-01-2014 - 31-12-2014).

BX Somme erogate nel 2014 a titolo di incremento della produzione dei lavori;