



Il presente Modulo contiene una serie di dichiarazioni rese dal soggetto Debitore, mero portatore del rischio, relativamente al proprio stato di salute nonché il consenso dello stesso alla stipula, da parte dell'Ente Erogatore, di una copertura per il caso di decesso del Debitore medesimo. La firma del presente Modulo non può in nessun modo considerarsi sottoscrizione del contratto di assicurazione.

Il sottoscritto DEBITORE

Cognome e nome ARNONE PAOLO GIUSEPPE Codice Fiscale RMNPGS44A04B111J
Data di nascita 4 1 1944 Sesso M Luogo di Nascita BRA Prov CN
Indirizzo Residenza: Via/Piazza VIA TRENTO 8 Città VINOVO Prov TO CAP 10048
Indirizzo e-mail
Tipo Documento* CAR Numero documento AU7446116 Rilasciato da Comune Data Rilascio 08/11/2013 Luogo Rilascio VINOVO
* CAR = carta d'identità; PAT o PAM = patente di guida; PAS o PAE = passaporto; TSM = altro documento ammesso ai fini identificativi
ATTENZIONE: ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO E DEL CODICE FISCALE

FINANZIAMENTO*: Ente Erogatore: SANTANDER CONSUMER BANK S.p.A. Tipologia Finanziamento Cessione
Cod. id. Finanziamento 559111 Durata (mesi) 108 Montante €. 35.532,00 Quota mensile del Finanziamento 329,00
*il montante e la durata del finanziamento possono variare. In tal caso il Modulo di Accettazione si intende riferito al montante ed alla durata riportati nel contratto di prestito di Santander Consumer Bank.

DICHIARA:

- di essere a conoscenza del fatto che l'Ente Erogatore del finanziamento intende sottoscrivere una copertura assicurativa per il caso di decesso del Debitore medesimo della quale sia beneficiario lo stesso Ente Erogatore;
- di **ACCETTARE, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 del Codice Civile, che l'Ente Erogatore stipuli una Polizza a garanzia del rischio decesso sulla propria persona, risultando pertanto terzo rispetto alla copertura assicurativa e soggetto mero portatore del rischio;**
- di fornire, in occasione della sottoscrizione del presente Modulo di Accettazione ovvero su separati appositi moduli, le informazioni di carattere sanitario richieste dall'Assicuratore ed indispensabili alla preventiva valutazione del rischio da parte di quest'ultimo;
- di trattenere copia della documentazione di carattere sanitario da lui sottoscritta e di essere consapevole che le dichiarazioni contenute nella Documentazione Medica da lui sottoscritta saranno considerate valide purché il Certificato di Polizza venga emesso entro 120 (centoventi) giorni per il prodotto CQS e entro 90 (novanta) giorni per il prodotto CQP dalla data della predetta sottoscrizione e che, diversamente, sarà tenuto a ripetere le formalità di ammissione alla copertura, anche se non sono intervenuti cambiamenti del suo stato di salute.
- di essere a conoscenza della facoltà di ricevere, previa richiesta, il fascicolo informativo relativo alla copertura assicurativa contro il rischio decesso stipulata dall'Ente Erogatore;
- di **essere consapevole che la sottoscrizione del presente Modulo ed il rilascio delle dichiarazioni ivi contenute non comportano alcuna sottoscrizione, per lo stesso Debitore, di un contratto di assicurazione e che, pertanto, dalla Polizza stipulata dall'Ente Erogatore non derivano obblighi o diritti in capo al medesimo Debitore;**
- di essere consapevole che, in caso di mancata erogazione del Finanziamento, le presenti dichiarazioni si intenderanno prive di qualsiasi effetto.

✓ LUOGO e DATA BOLOGNA

02/10/2015

✓ FIRMA DEL DEBITORE

INFORMAZIONI DI CARATTERE SANITARIO FORNITE DAL DEBITORE

Si richiama l'attenzione del soggetto dichiarante sulle seguenti avvertenze relative alle dichiarazioni dello stato di salute: a) le dichiarazioni non veritieri, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione in favore dell'Ente Erogatore, contraente dell'assicurazione ; b) prima della sottoscrizione è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle dichiarazioni relative al proprio stato di salute, siano esse rese tramite la compilazione del questionario medico o in qualunque altra forma.

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, il sottoscritto Debitore/ attesta il proprio stato di salute presentando le informazioni barrate nella tabella sotto riportata.

Barrare la casella relativa alle informazioni presentate**

INFORMAZIONI PRESENTATE	LIMITI CQS	LIMITI CQP
DICHIAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE (DBS) (sotto riportata)	Fino a € 90.000 di Montante	Fino a 70 anni fino a € 70.000 di Montante Dai 71 anni fino a € 16.000 di Montante
QUESTIONARIO MEDICO (QM) (si veda relativo modulo)	Come DBS - nel caso in cui il Debitore/Assicurando e non possa (o non ritenga di) rispondere affermativamente a tutte le domande contenute nella DBS	
RAPPORTO DI VISITA MEDICA (RVM) (si veda relativo modulo)	Da € 90.000,01 di Montante	Fino a 70 anni per Montanti superiori a € 70.000,01 Dai 71 anni per Montanti superiori a € 70.000,01

*(eventuali variazioni di montante successive alla presente compilazione, potranno modificare le informazioni di carattere sanitario secondo quanto indicato nella tabella)



DICHIARAZIONE BUONO STATO DI SALUTE

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, il sottoscritto Debitore attesta il proprio stato di salute, e, in particolare, DICHIARA:

di avere una differenza tra la sua altezza (espressa in cm) ed il suo peso (espresso in Kg) compresa tra 80 e 120 (es. 175-70=105)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
di non percepire pensione o assegno di invalidità per infortunio o malattia o di non aver presentato domanda per ottenerla	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato, e di non essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi, e di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per malattie che necessitano di trattamento medico continuato, di non essere a conoscenza che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
di non essere in attesa di ricovero e non esser stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni* (*)salvo i seguenti casi: appendite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
di non essere e di non essere stato affetto da una malattia acuta o cronica* e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica (invalidità). (*) Esempi di malattie acute o croniche: infarto miocardico, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, ipertensione arteriosa, malattie psico-neurologiche, insufficienza respiratoria, broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza renale, malattie renali o genitourinarie croniche, diabete, epatite, cirrosi epatica, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, malattie croniche dell'apparato muscoloscheletrico.	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

DICHIARA inoltre di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, gli ospedali e gli istituti di cura in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino; che le informazioni da lui qui fornite sono complete e veritieri; di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo a favore del beneficiario oltre alla cessazione dell'assicurazione stessa ai sensi degli artt. 1892, 1893, e 1894 del Codice Civile; di essere consapevole di dovere dare sollecita comunicazione all'Assicuratore, per il tramite dell'Ente Erogatore, di eventuali nuovi fattori inerenti il proprio stato di salute intervenuti tra la data di sottoscrizione del presente Modulo e la data di erogazione del Finanziamento, al fine di consentire all'Assicuratore la corretta valutazione della Proposta di assicurazione.

DATI DEL MEDICO CURANTE	Nome <u>NANO</u>	Cognome <u>VASTA</u>
Indirizzo dello studio	<u>PIAZZA IL GIUGNO 7</u>	Recapito Telefonico <u>010 3653173</u>

✓ FIRMA DEL DEBITORE Salvo

MANDATO PER LA RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE MEDICA

Il sottoscritto Debitore dà atto sin d'ora dell'interesse dell'Ente Erogatore e dell'Assicuratore ad avere contezza, dopo il suo eventuale decesso, delle informazioni di carattere sanitario che lo riguardano. A questi fini, in aggiunta ai diritti già accordati agli stessi ai sensi dell'art. 9 comma 3 del DLgs n. 196/2003, il Debitore CONFERISCE MANDATO all'Ente Erogatore e all'Assicuratore, anche nell'interesse di questi ultimi, affinché acquisiscano, da chi ne ha il possesso dopo la sua morte, ogni documentazione contenente notizie di carattere sanitario che lo riguardano così come eventuali cartelle cliniche di degenza e copie di accertamenti medici effettuati.

Ai fini della presente dichiarazione il Debitore allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

✓ FIRMA DEL DEBITORE Salvo

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto Debitore, avendo a riferimento l'informativa sul trattamento dei dati personali ex art. 13 d. lgs. n. 196/2003 della Rappresentanza Generale per l'Italia di Cardif Assurance Vie, DICHIARA:

- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita da Cardif Assurance Vie;
- di essere stato reso, adeguatamente, edotto del trattamento (in particolare delle specifiche finalità, ambito e modalità) e di essere consapevole che il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, così come acquisiti dall'Ente Erogatore, oltre ad essere necessario per il contratto di Finanziamento, risulta strumentale per il separato rapporto instaurato dallo stesso Ente Erogatore con la citata Compagnia;
- di essere, conseguentemente, consapevole che il mancato rilascio del consenso comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale tra la Compagnia e l'Ente Erogatore, così potendo causare la mancata stipulazione del Finanziamento.

In ordine alla espressione di consenso al trattamento dei dati personali (Art. 23 D. lgs 30 Giugno 2003 n.196), ivi compresi quelli sensibili (tra cui le "INFORMAZIONI DI CARATTERE SANITARIO FORNITE"), per le finalità, con le modalità e a favore della Compagnia nonché dei soggetti indicati nell'informativa ricevuta, il sottoscritto Debitore:

ACCONSENTE al trattamento.

✓ FIRMA DEL DEBITORE Salvo

✓ LUOGO e DATA BOLOGNA

02/10/2015



Tutela dei dati personali - Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196

Cardif Assurance Vie - Rappresentanza Generale per l'Italia (anche "Cardif VIE") – di seguito, la "Compagnia" - premesso che devono intendersi quale :

- "Contratto di Finanziamento", il rapporto contrattuale di finanziamento, avente quale garanzia la cessione di quota (quinto) della pensione o dello stipendio, attuata dal Debitore nei confronti dell'Ente Erogatore;
- "Ente Erogatore" l'Intermediario bancario e/o Finanziario che ha proceduto, conformemente al Contratto di Finanziamento, all'erogazione di finanziamento nei confronti del Debitore, sottoscrivendo un separato apposito accordo quadro con la Compagnia per la Copertura Assicurativa di specifico rischio (vita) inerenti al Contratto di Finanziamento stesso;
- "Debitore" il soggetto - anche qualificato "interessato" ai fini del D. Lgs. n. 196/2003 - , che ha sottoscritto il Contratto di Finanziamento con l'Ente Erogatore; "interessato" che risulta portatore del rischio sulla vita, nell'ambito del rapporto assicurativo sottoscritto dall'Ente erogatore con Cardif VIE;
- "Copertura Assicurativa", quanto specificamente e separatamente previsto al precedente alinea ai punti (per Cardif VIE)

informa che in relazione al Contratto di Finanziamento e per le finalità di copertura del rischio dell'Ente Erogatore di cui sopra tratteranno i dati personali, ivi compresi i dati sensibili e/o giudiziari (quali le informazioni in merito allo stato di salute), dell'"Interessato", così come forniti dal medesimo Interessato e comunicati dall'Ente Erogatore, in qualità di Titolari autonomi del trattamento, secondo le modalità illustrate nella presente informativa.,

Il trattamento avviene ai fini, nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla Copertura Assicurativa di cui sopra, nonché per finalità derivanti da obblighi di Legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla Legge o da organi di vigilanza e di controllo. Il mancato conferimento dei dati, assolutamente facoltativo, può precludere l'instaurazione o l'esecuzione del contratto assicurativo tra Cardif e l'Ente erogatore.

Si specifica e separatamente evidenzia che: con riferimento ai dati "sensibili" il trattamento potrà avvenire solo con il consenso scritto degli Interessati.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e automatizzati, in forma cartacea e/o elettronica, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati medesimi.

All'interno della nostra Compagnia, possono venire a conoscenza dei dati personali, in qualità di Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti, le strutture o i collaboratori che svolgono per conto della Compagnia medesima servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale.

La Compagnia può altresì comunicare i dati personali a soggetti appartenenti ad alcune categorie (oltre a quelle individuate per legge) affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni. Tra questi si citano: i soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" (per esempio: intermediari, riassicuratori, coassicuratori) i soggetti che svolgono servizi bancari finanziari o assicurativi; le società appartenenti al Gruppo BNP Paribas Cardif, o comunque da esso controllate o allo stesso collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico dell'Assicuratore; soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione, soggetti che prestano attività di assistenza alla clientela; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti e collaboratori esterni; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalla Compagnia anche nell'interesse della clientela; società di recupero crediti. I soggetti appartenenti a tali categorie, i cui nominativi sono riportati in elenchi aggiornati (disponibili presso le sedi della Compagnia) utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati dalla Compagnia "Responsabili" dei trattamenti di loro specifica competenza. La comunicazione potrà avvenire anche nel caso in cui taluno dei predetti soggetti risieda all'estero, anche al di fuori dell'UE, restando in ogni caso fermo il rispetto delle prescrizioni del D.Lgs n. 196/2003. Nel caso in cui i dati personali venissero trasferiti all'estero, si sottolinea che gli stessi potrebbero essere trattati con livelli di tutela differente rispetto alle previsioni della normativa vigente in Italia. In nessun caso i dati personali saranno trasferiti per finalità diverse da quelle necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata. La Compagnia non diffonde i dati personali degli Interessati.

Ogni Interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i propri dati personali trattati presso la Compagnia e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Per ottenere ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs n. 196/2003, è possibile rivolgersi a:

Cardif Assurance Vie - Rappresentanza Generale per l'Italia, in persona del Rappresentante Generale per l'Italia, pro-tempore, domiciliato per la funzione presso la sede di Via Tolmezzo/Palazzo D n. 15, 20132 Milano; e-mail privacy_it@cardif.com

CERTIFICAZIONE UNICA 2015



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		Codice fiscale 1 80078750587	Cognome o Denominazione 2 ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE	Nome 3	
DATI RELATIVI AL DATORE DI LAVORO, ENTE PENSIONISTICO O ALTRO SOSTITUTO D'IMPOSTA		Comune 4 ROMA	Prov. 5 RM	Cop. 6	Indirizzo 7 VIA CIRO IL GRANDE, 21
		Telefono, fax 8 prefissa numero	Indirizzo di posta elettronica 9	Codice attività 10	Codice sede 11
				843000	
DATI RELATIVI AL DIPENDENTE, PENSIONATO O ALTRO PERCETTORE DELLE SOMME		Codice fiscale 1 RMNPGS44A04B111J	Cognome o Denominazione 2 ARMONE	Nome 3 PAOLO GIUSEPPE	
		Sesso M/f 4 M/f	Data di nascita 5 giorno 6 mese 7 anno	Comune (o Stato estero) di nascita 8	Provincia di nascita (sigla) 7 CN
				Categorie particolari 8	Eventi eccezionali 9
		M 04 01 1944	BRA		Casi di esclusione dalla precompilata 10
DOMICILIO FISCALE ALL' 1/1/2014					
		Comune 20 VINOVO		Provincia (sigla) 21 TO	Codice comune 22 M060
DOMICILIO FISCALE ALL' 1/1/2015					
		Comune 23		Provincia (sigla) 24	Codice comune 25
DATI RELATIVI AL RAPPRESENTANTE		Codice fiscale 30			
RISERVATO AI PERCIPENTI ESTERI		Codice di identificazione fiscale estero 40	Località di residenza estera 41		
		Via e numero civico 42			Codice Stato estero 43
DATA giorno mese anno 28 02 2015			FIRMA DEL SOSTITUTO DI IMPOSTA Tito Boeri		

Duplicate - Emesso il 22/09/2015 alle 13.35

CERTIFICAZIONE LAVORO DIPENDENTE, ASSIMILATI ED ASSISTENZA FISCALE

DATI FISCALI

DATI PER LA EVENTUALE
COMPILAZIONE
DELLA DICHIARAZIONE
DEI REDDITI

Redditi di lavoro dipendente e assimilati	determinato/ indeterminato	Redditi di pensione	Altri redditi assimilati
		47.813,43	

REDDITI	Numero di giorni per i quali spettano le detrazioni			RAPPORTO DI LAVORO								
	Assegni periodici corrisposti dal coniuge	Lavoro dipendente	Pensione	Data di inizio	giorno	mesi	anno	Data di cessione	giorno	mesi	anno	Con interruzione
		365	01 07 2009									

RITENUTE

ADDIZIONALE COMUNALE ALL'IRPEF											
11	Ritenute Irpef	12	Addizionale regionale all'irpef	14	Acconto 2014	17	Saldo 2014	19	Acconto 2015	20	57,38
14.263,70		977,59		56,11		135,14					

ADDIZIONALE COMUNALE ALL'IRPEF SOSPESA											
20	Ritenute Irpef sospese	21	Addizionale regionale all'irpef sospesa	23	Acconto 2014	24	Saldo 2014	25	Acconto 2015	26	

ACCONTI 2014
DICHIARANTE

Primo conto Irpef trattennuto nell'anno	Secondo o unico conto Irpef trattennuto nell'anno	Acconto addizionale comunale all'irpef	Prima rata di conto cedolare secca	Seconda o unica rata di conto cedolare secca
31	32	33	34	35

Accconti Irpef sospesi	Acconto addizionale comunale all'irpef sospeso	Accconti cedolare secca sospesi
36	37	38

ACCONTI 2014
CONIUGE

Primo conto Irpef trattennuto nell'anno	Secondo o unico conto Irpef trattennuto nell'anno	Acconto addizionale comunale all'irpef	Prima rata di conto cedolare secca	Seconda o unica rata di conto cedolare secca
51	52	53	54	55

Accconti Irpef sospesi	Acconto addizionale comunale all'irpef sospeso	Accconti cedolare secca sospesi
56	57	58

CREDITI NON RIMBORSATI
DICHIARANTE

61 Credito Irpef non rimborsato	62 Credito di addizionale regionale all'irpef non rimborsato	63 Credito di addizionale comunale all'irpef non rimborsato	64 Credito cedolare secca non rimborsato
---------------------------------	--	---	--

CREDITI NON RIMBORSATI
CONIUGE

65 Credito Irpef non rimborsato	66 Credito di addizionale regionale all'irpef non rimborsato	67 Credito di addizionale comunale all'irpef non rimborsato	68 Credito cedolare secca non rimborsato
---------------------------------	--	---	--

ONERI DEDRAIBILI

Codice onere	Importo	Codice onere	Importo	Codice onere	Importo
71	72	73	74	75	76

Codice onere	Importo	Codice onere	Importo	Codice onere	Importo
72	78	79	80	81	82

DETRAZIONI
E CREDITI

101 Imposta lorda	102 Detrazioni per carichi di famiglia	103 Detrazioni per famiglie numerose
14.489,10		
Credito riconosciuto per famiglie numerose	Credito non riconosciuto per famiglie numerose	Credito per famiglie numerose recuperato
104	105	106
Totali detrazioni per oneri	Detrazioni per canoni di locazione	Credito riconosciuto per canoni di locazione
108	109	110
Credito non riconosciuto per canoni di locazione	Credito per canoni di locazione recuperato	Totali detrazioni
111	112	113
Codice stato estero	Anno di percezione reddito estero	Reddito predotto all'estero
115	116	117
		Imposta estera definitiva
		225,40
		Credito d'imposta per le imposte pagate all'estero

CREDITO BONUS IRPEF

Codice bonus	Bonus erogato	Bonus non erogato
119	120	121

PREVIDENZA
COMPLEMENTARE

Previdenza complementare	Contributi previdenza complementare dedotti dai redditi di cui ai punti 1, 3, 4 e 5	Contributi previdenza complementare non dedotti dai redditi di cui ai punti 1, 3, 4 e 5	TFR destinato al fondo	Data iscrizione al fondo
141	142	143	144	145 giorno mese anno

CONTRIBUTI PREVIDENZA COMPLEMENTARE LAVORATORI DI PRIMA OCCUPAZIONE

Versosi nell'anno	Importi eccedenze esclusi dai redditi di cui ai punti 1, 3, 4 e 5	Importo totale	Differenziale	Anni residui
T46	147	148	149	150

CONTRIBUTI PREVIDENZA COMPLEMENTARE PER FAMILIARI A CARICO

Versati	Dedotti	Non dedotti
151	152	153

ONERI DEDUCIBILI

Totali oneri deducibili esclusi dai redditi indicati nei punti 1, 3, 4 e 5	Totali oneri deducibili non esclusi dai redditi indicati nei punti 1, 3, 4 e 5	Contributi versati a enti e cause avuti esclusivamente fini assistenziali	Contributi versati a enti e cause avuti esclusivamente fini assistenziali non cedibili	Assicurazioni sanitarie
161	162	163	164	166

ALTRI DATI

CONTRIBUTO DI SOLIDARIETÀ		CONTRIBUTO TRATTAMENTI PENSIONISTICI	
171 Trattenuta	172 Sospeso	173 Reddito netto	174 Trattenuta

INCAPIENZA IN SEDE DI CONIUGALIO

Irpef da trattenere dal sostituto successivamente al 28 febbraio	Irpef da versare all'erario da parte del dipendente	Applicazione maggiore ritenuta	Casi particolari
184	185	187	192

SOMME EROGATE PER L'INCREMENTO DELLA PRODUTTIVITÀ DEL LAVORO		SOMME EROGATE PER L'INCREMENTO DELLA PRODUTTIVITÀ DEL LAVORO			
		201	202	203	204
			Ritenute sospese	Opzione ordinaria	Redditi non imponibili art. 51, comma 6 del Tuir
		201	202	203	205
REDDITI ASSOGGETTATI A RITENUTA A TITOLO DI IMPOSTA		REDDITI ASSOGGETTATI A RITENUTA A TITOLO DI IMPOSTA			
		Totali redditi	Totali ritenute Irapf	Totali ritenute Irapf sospese	
		221	222	223	
		LAVORI SOCIALMENTE UTILI			
		Quota esente	Quota imponibile	Ritenute Irapf	Addizionale regionale all'Irapf
		241	242	243	244
		Totali ritenute Irapf sospese	Totali addizionale regionale dell'Irapf sospesa		
		245	246		
COMPENSI RELATIVI AGLI ANNI PRECEDENTI		COMPENSI RELATIVI AGLI ANNI PRECEDENTI SOGGETTI A TASSAZIONE SEPARATA (da non indicare nella dichiarazione dei redditi)			
		Totali compensi arretrati per i quali è possibile fruire delle detrazioni	Totali compensi arretrati per i quali non è possibile fruire delle detrazioni	Totali ritenute operate	Totali ritenute sospese
		251	262	263	264
DATI RELATIVI AI CONIUGI IN CASO DI REDDITI EROGATI DA ALTRI SOGGETTI		REDDITI ASSOGGETTATI A TASSAZIONE ORDINARIA			
		Totali redditi coniugati già compresi nel punto 1	Totali redditi coniugati già compresi nel punto 3	Totali redditi coniugati già compresi nel punto 4	Totali redditi coniugati già compresi nel punto 5
		301	302	303	304
		Codice fiscale			
		305			
		Reddito coniugato già compreso nel punto 1	Reddito coniugato già compreso nel punto 3	Reddito coniugato già compreso nel punto 4	Reddito coniugato già compreso nel punto 5
		308	309	310	311
		Straordinario coniugato	Ritenute	Imposta sostitutiva	
		312	313	314	
		Addizionale regionale	Addizionale comunale acconto 2014	Addizionale comunale saldo 2014	
		315	316	317	
		SOMME EROGATE PER L'INCREMENTO DELLA PRODUTTIVITÀ DEL LAVORO			
		Redditi	Ritenute operate	Opzione ordinaria	Redditi non imponibili art. 51, comma 6 del Tuir
		323	324	326	327
		LAVORI SOCIALMENTE UTILI			
		Quota esente	Quota imponibile	Ritenute Irapf	Addizionale regionale all'Irapf
		328	329	330	331
TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO, INDENNITÀ EQUIPOLLENTI, ALTRE INDENNITÀ E PRESTAZIONI IN FORMA DI CAPITALE SOGGETTE A TASSAZIONE SEPARATA		TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO, ALTRE INDENNITÀ E SOMME SOGGETTE A TASSAZIONE SEPARATA			
		Indennità, acconti, anticipazioni e somme erogate nell'anno	Acconti ed anticipazioni erogati in anni precedenti	Detrazione	Ritenuta netta operata nell'anno
		401	402	403	404
		Ritenute operate in anni precedenti	Ritenute di anni precedenti sospese	Quota spettante per indennità erogate ai sensi art. 21/22 e c.	TFR maturato fino al 31/12/2000 e versato in azienda
		406	407	408	409
		TFR maturato fino al 31/12/2000 e versato al fondo	TFR maturato dall'1/1/2001 al 31/12/2006, e versato al fondo	TFR maturato dall'1/1/2007 e versato al fondo	TFR maturato dall'1/1/2001 esimosto in azienda
		411	412	413	410
DATI RELATIVI AL CONIUGE E AI FAMILIARI A CARICO		Relazione di parentela	Codice fiscale	N. mesi a carico	Minore di tre anni
		1 C	Coniuge	2	7
		2 F1	Primo figlio	3	8
		3 F	A ²	D	
		4 F	A	D	
		5 F	A	D	
		6 F	A	D	
		7 F	A	D	
		8 F	A	D	
		9 F	A	D	
		10 Percentuale di detrazione spettante per famiglie numerose		%	

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

DATI PREVIDENZIALI ED ASSISTENZIALI INPS		Matricolo azienda	INPS	Altro	Imponibile previdenziale	Imponibile ai fini IIS	Contributi a carico del lavoratore trattenuti
SEZIONE 1 LAVORATORI SUBORDINATI	1	2	3	4	5	6	
SEZIONE 2 COLLAB. COORDINATE E CONTINUATIVE	7	8	9	10	11	12	13
	Tutti	Tutti con l'esclusione di					G L A S O N D
	T G F M A M						
SEZIONE 3 INPS GESTIONE DIPENDENTI PUBBLICI (EX INPDAP)	14	15	16	17	18	19	20
	Tutti	Tutti con l'esclusione di					G L A S O N D
	T G F M A M						
	Pens.	Gest. Pren.	Cod. Esped. Attest.	Anno di riferimento			
Totali imponibile pensionistico	Totali contributi pensionistici	Totali imponibili TFS	Totali contributi TFS	Totali imponibile TFR			
23	24	25	26	27			
Totali contributi TFR	Totali imponibile Gestione Credito	Totali contributo Gestione Credito	Totali imponibile ENPDEP/El JAM	Totali contributi ENPDEP/ENAM			
28	29	30	31	32			
DATI ASSICURATIVI INAIL	33	34	35	36	37	38	39
	Tutti	Tutti con l'esclusione di	Qualifica	Posizione assicurativa territoriale	C. C.	Data inizio	Data fine
	T G F M A M		35	36	37	38	39
					anno/mese	anno/mese	
							Personale viaggiante
							40

**DATI
ASSICURATIVI
INAIL**

DESCRIZIONE ANNOTAZIONI

(AI) - INFORMAZIONI RELATIVE AL REDDITO/I CERTIFICATO/I: TIPOLOGIA (PENSIONE), DATA INIZIO E DATA FINE PER CIASCUN PERIODO DI LAVORO O PENSIONE (01/01/2014 - 31/12/2014), IMPORTO (3.510,73).

(AI) - INFORMAZIONI RELATIVE AL REDDITO/I CERTIFICATO/I: TIPOLOGIA (PENSIONE), DATA INIZIO E DATA FINE PER CIASCUN PERIODO DI LAVORO O PENSIONE (01/01/2014 - 31/12/2014), IMPORTO (44.302,70).

(CF) - IN CASO DI UTILIZZO DELLA DICHIAZIONE PRECOMPILATA PREDISPOTTA DALL'AGENZIA DELL'ENTE VERIFICARE I DATI FORNITI DALLA PRESENTE CERTIFICAZIONE IN QUANTO POTREBBERO ESSERE NON COINCIDENTI CON LA DICHIAZIONE PRECOMPILATA A SEGUITO DI VARIAZIONE DELLA CERTIFICAZIONE UNICA 2015 AVVENUTA DOPO IL 7 MARZO.

(ZZ) - CAT. VOAUT N. 01251424 SEDE N. 8106

(ZZ) - CAT. VDAI N. 06181412 SEDE N. 8106

(ZZ) - PER IL CALCOLO DELL'ADDITIONALE COMUNALE, SALDO 2014 E ACCONTO 2015, SONO STATE APPLICATE LE ALIQUOTE/ESENZIONI AGGIORNATE SUL SITO DEL MEF AL 19/02/2015

CERTIFICAZIONE UNICA 2015

PERIODO D'IMPOSTA 2014

Scheda per la scelta della destinazione dell'8 per mille, del 5 per mille e del 2 per mille dell'IRPEF

Da utilizzare esclusivamente nei casi di esonero dalla presentazione della dichiarazione
(per le modalità di presentazione vedasi il **paragrafo 3.4**)

SOSTITUTO D'IMPOSTA

CODICE FISCALE 80078750587
(obbligatorio)

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE RMNPGS44A04B111J
(obbligatorio)

DATI ANAGRAFICI	COGNOME (per le donne indicare il cognome da nubile)	NOME	SESSO (M o F)		
	ARMONE	PAOLO GIUSEPPE	M		
	DATA DI NASCITA	COMUNE (O STATO ESTERO) DI NASCITA	PROVINCIA (sigla)		
	GIORNO 04	MESE 01	ANNO 1944	BRA	CN

**LA SCELTA PER LA DESTINAZIONE DELL'OTTO PER MILLE, DEL CINQUE PER MILLE E DEL DUE PER MILLE
DELL'IRPEF NON SONO IN ALCUN MODO ALTERNATIVE FRA LORO.**

PERTANTO POSSONO ESSERE ESPRESSE TUTTE E TRE LE SCELTE

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DELL'OTTO PER MILLE DELL'IRPEF (in caso di scelta FIRMARE in UNO degli spazi sottostanti)

STATO	CHIESA CATTOLICA	UNIONE CHIESE CRISTIANE AVVENTISTE DEL 7 ^o GIORNO	ASSEMBLEE DI DIO IN ITALIA
-------	------------------	---	----------------------------

CHIESA EVANGELICA VALDESE (Unione delle Chiese metodiste e Valdesi)	CHIESA EVANGELICA LUTERANA IN ITALIA	UNIONE COMUNITÀ EBRAICHE ITALIANE	SACRA ARCIDIOCESI ORTODOSSA D'ITALIA ED ESARCATO PER L'EUROPA MERIDIONALE
--	---	--------------------------------------	---

CHIESA APOSTOLICA IN ITALIA	UNIONE CRISTIANA EVANGELICA BATTISTA D'ITALIA	UNIONE BUDDHISTA ITALIANA	UNIONE INDUISTA ITALIANA
-----------------------------	--	---------------------------	--------------------------

AVVERTENZE

Per esprimere la scelta a favore di una delle istituzioni beneficiarie della quota dell'otto per mille dell'IRPEF, il contribuente deve apporre la propria firma nel riquadro corrispondente. La scelta deve essere fatta esclusivamente per una delle istituzioni beneficiarie.

La mancanza della firma in uno dei riquadri previsti costituisce scelta non espressa da parte del contribuente. In tal caso, la ripartizione della quota d'imposta non attribuita è stabilita in proporzione alle scelte espresse. La quota non attribuita spettante alle Assemblee di Dio in Italia e alla Chiesa Apostolica in Italia è devoluta alla gestione statale.

CODICE FISCALE | R | M | N | P | G | S | 4 | 4 | A | 0 | 4 | B | 1 | 1 | 1 | J |

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF (in caso di scelta FIRMARE in UNO degli spazi sottostanti)

SOSTEGNO DEL VOLONTARIATO E DELLE ALTRE ORGANIZZAZIONI
NON LUCRATIVE DI UTILITA' SOCIALE, DELLE ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE
SOCIALE E DELLE ASSOCIAZIONI E FONDAZIONI RICONOSCIUTE CHE OPERANO
NEI SETTORI DI CUI ALL'ART. 10, C. 1, LETT A), DEL D.LGS. N. 460 DEL 1997

FIRMA

Codice fiscale del
beneficiario (eventuale)

FINANZIAMENTO DELLA RICERCA SCIENTIFICA E DELLA UNIVERSITA'

FIRMA

Codice fiscale del
beneficiario (eventuale)

FINANZIAMENTO DELLA RICERCA SANITARIA

FINANZIAMENTO A FAVORE DI ORGANISMI PRIVATI DELLE ATTIVITA' DI TUTELA,
PROMOZIONE E VALORIZZAZIONE DEI BENI CULTURALI E PAESAGGISTICI

FIRMA

Codice fiscale del
beneficiario (eventuale)

FIRMA

SOSTEGNO DELLE ATTIVITA' SOCIALI SVOLTE DAL COMUNE DI RESIDENZA

SOSTEGNO ALLE ASSOCIAZIONI SPORTIVE DILETTANTISTICHE RICONOSCIUTE
AI FINI SPORTIVI DAL CONI A NORMA DI LEGGE CHE SVOLGONO
UNA RILEVANTE ATTIVITA' DI INTERESSE SOCIALE

FIRMA

FIRMA

Codice fiscale del
beneficiario (eventuale)

AVVERTENZE

Per esprimere la scelta a favore di una delle finalità destinararie della quota del cinque per mille dell'IRPEF, il contribuente deve apporre la propria firma nel riquadro corrispondente. Il contribuente ha inoltre la facoltà di indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario. La scelta deve essere fatta esclusivamente per una sola delle finalità beneficiarie.

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL DUE PER MILLE DELL'IRPEF (in caso di scelta FIRMARE nello spazio sottostante)

PARTITO POLITICO

CODICE

FIRMA

AVVERTENZE

Per esprimere la scelta a favore di uno dei partiti politici beneficiari del due per mille dell'IRPEF, il contribuente deve apporre la propria firma nel riquadro, indicando il codice del partito prescelto. La scelta deve essere fatta esclusivamente per uno solo dei partiti politici beneficiari.

In aggiunta a quanto indicato nell'informativa sul trattamento dei dati, contenuta nelle istruzioni, si precisa che i dati personali del contribuente verranno utilizzati solo dall'Agenzia delle Entrate per attuare la scelta.

IN CASO DI UNA O PIU' SCELTE E' NECESSARIO APPORRE LA FIRMA ANCHE NEL RIQUADRO SOTTOSTANTE.

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, che non è tenuto né intende avvalersi della facoltà di presentare la dichiarazione dei redditi (Mod. 730 o UNICO - Persone fisiche).

Per le modalità di invio della scheda, vedere il paragrafo 3.4 "Modalità di invio della scheda".

FIRMA

Codice Fiscale RMNPGS44A04B111J

ADDITIONALI CHE SARANNO TRATTENUTE NELL'ANNO 2015

Additionali calcolate solo se per l'anno 2014 è dovuta imposta (indicata al Punto 11 della CU 2015) e applicando le aliquote previste alla somma degli importi dei punti 1, 3, 4 e 5.

ADDITIONALE REGIONALE 2014	977,59	Punto 12 della CU 2015
SALDO ADDIZIONALE COMUNALE 2014	135,14	Punto 17 della CU 2015
ACCONTO ADDIZIONALE COMUNALE 2015	57,38	Punto 19 della CU 2015

ANNO D'IMPOSTA 2014 - RIEPILOGO DATI PRINCIPALI CU 2015 UNIFICATA E CONGUAGLIO FISCALE

Descrizione	Importo parziale	Importo totale	Punti interessati della CU
IMPOSSIBILE PENSIONE/I INPS	47.813,43		Punto 3 già al netto di eventuali importi per oneri deducibili indicati al Punto 161
IMPOSSIBILE PENSIONE/I EX INPDAP			Punto 3 già al netto di eventuali importi per oneri deducibili indicati al Punto 161
IMPOSSIBILE PENSIONE/I EX ENPALS			Punto 3 già al netto di eventuali importi per oneri deducibili indicati al Punto 161
IMPOSSIBILE PRESTAZIONI A SOSTEGNO DEL REDDITO			Punto 1 già al netto di eventuali importi per oneri deducibili indicati al Punto 161
IMPOSSIBILE STIPENDIO E PENSIONE			Punto 1 già al netto di eventuali importi per oneri deducibili indicati al Punto 161
IMPOSSIBILE REDDITI ASSIMILATI			Punti 4 e 5
ONERI DEDUCIBILI DAL REDDITO			Punto 161 - Oneri già considerati in diminuzione dei punti 1, 3, 4 e 5
IMPOSTA LORDA	14.489,10		Punto 101 - Importo calcolato con le aliquote per scaglioni, salvo richiesta per l'anno in corso di aliquota fissa superiore a quella marginale degli scaglioni interessati
DETRAZIONI PER CARICHI DI FAMIGLIA			Punto 102 - Importo in diminuzione dell'imposta lorda calcolato in base ai familiari a carico nell'anno
DETRAZIONI PER FAMIGLIE NUMEROSE			Punto 103 - Importo in diminuzione dell'imposta lorda spettante solo in caso di più TRE figli a carico nell'anno
DETRAZIONI PER LAVORO DIPENDENTE, PENSIONI E REDDITI ASSIMILATI	225,40		Punto 107 - Importo in diminuzione dell'imposta lorda calcolato in base al reddito complessivo (max reddito considerato: euro 55.000).
RITENUTE IRPEF DOVUTE	14.263,70		Punto 11 - Imposta netta dovuta nell'anno pari a: IRPEF LORDA (Punto 101) meno DETRAZIONI TOTALI E CREDITO D'IMPOSTA (Punti 113 e 114)
IRPEF PAGATA	14.263,59		Dato NON presente nella CU e pari alle ritenute subite nel corso dell'anno (Somma da cedolini)
IMPORTO CONGUAGLIO FISCALE PER L'ANNO 2014	0,11		Dato NON presente nella CU e pari a: Ritenute Irpef (Punto 11) meno IRPEF pagata. Importo positivo a debito / Importo negativo a credito
CREDITO BONUS IRPEF			Punto 120 - Importo erogato nell'anno 2014 come credito (max per il 2014 euro 640) su un reddito di lavoro dipendente (Punto 1) complessivamente non superiore a euro 26.000
ONERI NON DEDOTTI DAL REDDITO			Punto 162 - Importo relativo ad oneri deducibili, non dedotto dai Punti 1, 3, 4 e 5. Può essere presenziata dichiarazione dei redditi nell'anno, in anni successivi a richiedere il rimborso all'Agenzia delle Entrate dell'imposta corrispondente all'onere deducibile. Vedere Annotazioni CU cod. CG
CONTRIBUTO TRATTAMENTI PENSIONISTICI			Punto 173 - Importo progressivo per scaglioni dovuto solo su redditi da Pensione (Punto 3) che nel 2014 hanno superato: euro 91.251,16 (8%) / euro 130.358,80 (12%) / euro 195.538,20 (18%). Importo già dedotto dall'imponibile indicato al Punto 3
COMPENSI RELATIVI ANNI PRECEDENTI			Punto 261 - Importo per arretrati da lavoro dipendente, pensione
ANNOTAZIONI			Punto 263 - Importo delle ritenute effettuate sugli arretrati da lavoro dipendente, pensione Se indicato "Non effettuato conguaglio fiscale" va obbligatoriamente presentata la dichiarazione dei redditi 730/2015 o Unico 2015

CASELLARIO PENSIONI - Trattamenti pensionistici erogati da sostituti NON Inps

IMPOSSIBILE TRATTAMENTI PENSIONISTICI NON INPS		Importo comunicato al Casellario pensioni Inps
IMPOSSIBILE TOTALE 2014	47.813,43	Somma dei punti 1, 3, 4 e 5 CU Inps più altre CU non Inps

INPS e i Patronati

C-imp

Sistema per il Patrocinio

Ricerca

Fogli di servizio

Dati Soggetto > Cognome: ARNONE > Nome: PAOLO > Data Nascita: 04/01/1944 > CF: RMNPQGS44A04B111

Dati Pensioni > N. 8106/073/01251424 Titolare

Stampa

Help-Contatti

Anagrafica

Dominante Preseriate

Posizione Assicurativa

Prestazioni

° Pensioni

° Lista Pensioni

° Dettaglio

° Domus

° Modelli

Servizi ON-LINE

Categoria	073 - PENSIONI DI VECCHIAIA EROGATE AI LAVORATORI PARASUBORDINATI	Dettaglio Pensionistico al 01/12/2015
Sez/Emitte	8106 / COLLEGNO	Certificato
Decadenza	11/2009	
Delegato		Titola
Ufficio Pagatore(ABI)	03069 PENSIONE IN PAGAMENTO PRESSO ISTITUTO BANCARIO	Ultima movimentazione
Tipo movimentazione	G - Rinnovo	Decadenza ultimo suppl.
Prossima rev. sanitaria		
Tipo pensione	8 - pensione contributiva ex legge n. 335/1.995	
Natura pensione 1		
Natura pensione 2		
Natura pensione 3		
Maggiorazione sociale	0,00 Indennità	0,00 Trattamenti di famiglia
Pensione al calcolo	407,67 Pensione senza rid. l.335	407,67 Pensione pagata

Fatturato

Dati Soggetto > Cognome: ARNONE > Nome: PAOLO > Data Nascita: 04/01/1944 > CF: RMNPGS44A04B111
 Dati Pensioni > N. 8106/082/06181412 Titolare

Stampa	Help-Contatti	Anagrafica	Demande Presentate	Posizione Assicurativa	Prestazioni	"Pensioni"	"Dettaglio"	"Dormus"	Modelli	Servizi ON-LINE
--------	---------------	------------	--------------------	------------------------	-------------	------------	-------------	----------	---------	-----------------

Dettaglio Pensionistico al 01/12/2015

Categoria	082 - PENSIONE DI VECCHIAIA, ANZIANITÀ, PREFENSOVAMENTO DELLE EX INPDAI	Destinatario	Dettaglio Pensionistico al 01/12/2015
Sede/Ente	8106 / COLLEGNO	Certificato	06181412
Decorrenza	07/2009	Titolare	
Delegato		Ultima movimentazione	20/11/2014
Ufficio pagatore(ABI)	03069 PENSIONE IN PAGAMENTO PRESSO ISTITUTO BANCARIO	Decorrenza ultima suppl.	
Tipo movimentazione	G - Rinnovo		
Prossima rev. sanitaria			
Tipo pensione	Z - retributiva		

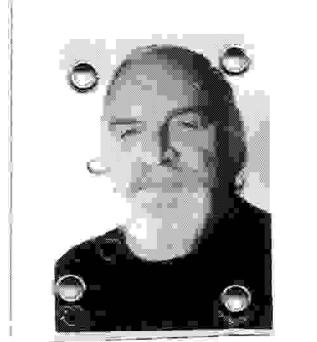
Natura pensione 1

Natura pensione 2

Natura pensione 3

Maggiorazione sociale	Pensione di importo superiore al trattamento minimo	0,00
	0,00 Indennità	0,00 Trattamenti di famiglia
	3.440,47 pensione senza rid. L.355	3.440,47 pensione pagata
		3.408,08

Cognome	ARMONE
Nome	PAOLO GIUSEPPE
data di	04/01/1944
genito	S. P. 1 S. A. J.
a	BRA (CN)
Cittadinanza	ITALIANA
Residenza	VINOVO (TO)
Via	VIA TRENTO 8
Stato civile	coniugato
Professione	PENSIONATO/A
COMPISTATI E CONTRASSEGNI SALVANTI	
Misura	m. 1,69
Cipelli	GRIGI
Orechi	AZZURRI
Segni parodermi	nessuno



Firma da indicare
VINNOVO (TO) *[Handwritten signature]* 08-11-2013

d'ordine del Sindaco
[Handwritten signature]
Ditti Segr. Euro 0,26
C. Identita' Euro 5,16

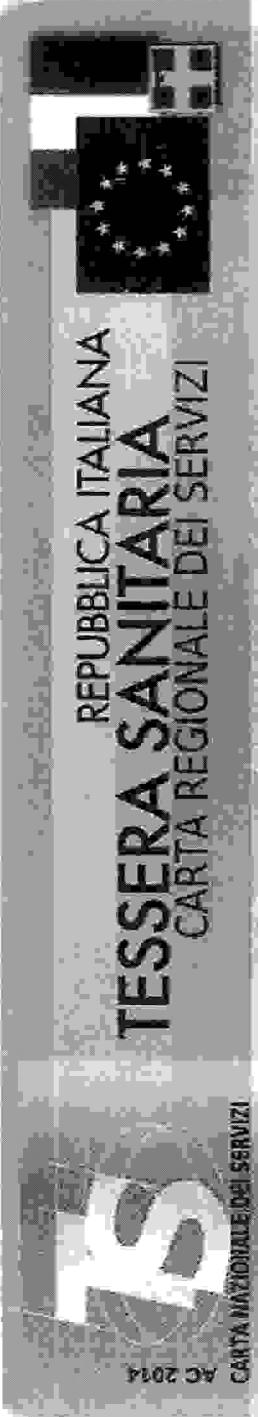

Scadenza: 04/01/2024

AU 7446116



02 00 000000000000





Codice Fiscale	RMNPGS44A04B111J	Sesso M
Cognome	ARMONE	
Nome	PAOLO GIUSEPPE	
Luogo di nascita	ERAGNA	<small>Dati sanitari regionali</small>
Data di scadenza	21/03/2021	Provincia
		CN
Data di nascita	04/01/1944	■ ■ ■ REGIONE ■ ■ ■ PIEMONTE

