

Spettabile
Gruppo Intermedia di Sonia Ranelli
Via Pietro Toselli, 129
50144 FIRENZE

Oggetto: Dipendente Bertini Marcella - Integrazione certificato di stipendio.

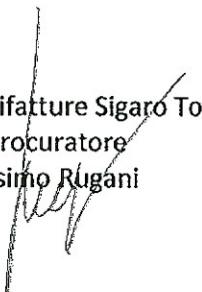
Relativamente all' anticipazione del trattamento di fine rapporto come parte integrativa della retribuzione tramite liquidazione diretta mensile, ai sensi dell' art. 1, comma 756 bis, Legge n. 296 del 27.12.2006, così come modificato dall' art. 1, comma 26 della Legge 190/2014 e regolato dal DPCM 20.02.2015 n. 29:

- ha fatto richiesta (.....)

- non ha fatto richiesta (X)

Distinti saluti.

Manifatture Sigaro Toscano S.p.A.
Un Procuratore
Massimo Rugani





ALLEANZA ASSICURAZIONI S.p.A. - Sedi legate Piazza XXII settembre 20159 Milano | tel. +39 02 42941111 | fax +39 02 42950211 | www.allianz.it
Iscritta nel Reg. Imp. di Milano, C.F. e Partita IVA n. 10901610012
Cap. Soc. Euro 210.000.000,00 i.v. | Società iscritta all'Isco (Consiglio Nazionale delle Assicurazioni) con N. 1.00178, soggetta all'autorità di direzione e coordinamento
IVASS n. 1.00178, soggetta all'autorità di direzione e coordinamento
Istruttore multietà del Libro dei Gruppi Assicurativi

ALLEANZA

PREVIDENZA

PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO "FONDO PENSIONE"
(verso il fondo COVIP con il N. 600)

9 5 7 0 4 7 8 19 7 0

AGENZIA GENERALE DI		
LUCCA		
(in lettere)	2899	
(in codice)	B	
(rispettato Agenzia)	(Settore)	(Zona)

È parte integrante e necessaria della Nota Informativa

MODULO DI ADESIONE

TIPO OPERAZIONE

Nuova adesione Versamento aggiuntivo - Polizza N.

DATI DELL'ADERENTE

Cognome e Nome GERTINI MARCELLA

Comune di nascita (o Stato estero) LUCCA

Codice Fiscale GERTINI MARCELLA

Recapito (per invio della corrispondenza)

C.A.P. 55100 comune LUCCA

Presso (facoltativo) s. Concordia

Residenza (se lo stesso del recapito)

C.A.P. comune

N. telefono 360 9636123

Cell./altro recapito tel.

e-mail

Prof. (Inserire codice) Tipo: Dipendente Autonomo Altro Settore: Privato Pubblico Altro

Data 1^a OCCUPAZIONE N. anni di contribuzione a previdenza complementare

Stato civile (Inserire codice) Titolo di studio: Scuola dell'obbligo Scuola superiore Laurea

Carta d'identità Passaporto Patente Altro Numero A02600475

Data di Rilascio 02022015 Scadenza 02072025 Comune/Ente rilascio LUCCA

Professione	Cod.	Professione	Tipo Profess.	Cod.	Professione	Tipo Profess.	Cod.	Professione
Autonomo	~1	Artigiano	Dipendente	11	Collaboratori/Coordinati e Continuativi	Altro	19	Casalinga
Autonomo	2	Commerciale/Esercente	Dipendente	12	Dipendenti di Coltivatori Diretti Mezzadri o Coloni	Altro	20	Cleto e Altri Ministri di Culto
Autonomo	3	Imprenditore Agricolo	Dipendente	13	Dirigente	Altro	21	Non Occup./In cerca di Occupazione
Autonomo	4	Imprenditore Industriale	Dipendente	14	Funzionario/Quadro	Altro	22	Pensionato
Autonomo	5	Lavoratore Autonomo	Dipendente	15	Impiegato	Altro	23	Soci di Coop. ve di Prod. ne
Autonomo	6	Liberò Professionista	Dipendente	16	Magistrato	Altro	24	Studente
Auton./Dip.te	7	Infermiere	Dipendente	17	Operaio			
Auton./Dip.te	8	Insegnante	Dipendente	18	Altre Professioni Dip.ti			
Auton./Dip.te	9	Medico						
Auton./Dip.te	10	Militare o Equiparato						

Stato Civile	01. Coniugato(a)	02. Convivente	03. Divorziat/o Separat/o	04. Nubile/Ex-Cuba	05. Vedovo(a)

CONTRIBUZIONE (SUCCESSIVA ALL'ADESIONE)

L'Adrente dichiara di voler versare

un contributo, secondo le disposizioni contenute nell'art. 8 del Regolamento

pari a Euro _____ con frequenza mensile bimestrale trimestrale quadrimestrale semestrale annuale

il TFR maturando

l'importo derivante dal trasferimento della posizione pensionistica da altro Fondo

MODALITÀ DI VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO VOLONTARIO VERSATO DIRETTAMENTE (ad eccezione del deposito cauzionale)

Addebito diretto Sepa Direct Debit - SDD (compilare la sezione sottostante)

Invito a pagare - MAV inviato al recapito della Polizza (da pagare presso qualsiasi sportello bancario o postale)

Assegno bancario o circolare non trasferibile all'ordine di Alleanza Assicurazioni S.p.A.

Alleanza Assicurazioni S.p.A. provvederà a riconoscere ai mezzi di pagamento di cui sopra la valuta indicata sul retro di questo modulo.

Mandato per addebito diretto SEPA

Riferimento del mandato: 701121514

Codice Identificativo Creditore: IT330010000010908160012
 La sottoscrizione del presente mandato comporta l'autorizzazione ad Alleanza Assicurazioni S.p.A. a richiedere alla banca del soggetto pagante l'addebito del suo conto e l'autorizzazione alla banca del soggetto pagante di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Alleanza Assicurazioni S.p.A. Il soggetto pagante ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito sul conto.

Note: i diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottienibile dalla propria banca.

Nome e cognome del soggetto pagante

IBAN: CIN IBAN LCN ABX CAE Numero di conto corrente
 BIC/SWIFT: BIC/SWIFT

Firma del Soggetto Pagante (leggibile)

Luogo e data
 Soggetto Pagante (titolare c/c) coincide con: Aderente
 Desidero attivare il pagamento tramite SDD anche sulle seguenti Polizze (indicare numero di Polizza e prime tre lettere del cognome del contraente):

Autocizzo a provvedere all'addebito dei premi della presente Proposta e delle Polizze indicate appoggiano il pagamento sull'autorizzazione permanente di addebito già in essere per la Polizza N°

Firma del Soggetto Pagante (leggibile)

Cognome e Nome del Soggetto Pagante

SOGGETTO PAGANTE (se diverso dall'Aderente) - **Il Delegato in caso di Persona Giuridica** M. F. Data di nascita _____ Prov. _____

Cognome e Nome _____

Località di nascita (o Stato estero) _____

Legame con l'Aderente: marito/moglie/convivente fratello/sorella padre/madre figlio/a

Prof. _____ (inserire i codici)

Codice Fiscale _____

Nº Civico _____

Indirizzo di residenza _____

C.A.P. _____

Comune _____

(o Stato estero)

Prov. _____

Presso (facoltativo) _____

Numero _____

Documento Carta d'identità Passaporto Patente

Ente/Località rilascio _____

Data rilascio _____

Scadenza _____

Partita IVA _____

Da compilare con i dati della Società se Soggetto Pagante Persona Giuridica

Denominazione _____

C.A.P. _____

Comune _____

Prov. _____

Sede Legale _____

(o Stato estero)

DATI DEL DATORE DI LAVORO

Denominazione Azienda: Manifatture Sigoro Toscano IVA _____

Prov. _____ Via/P.zza _____

C.A.P. _____ Comune _____

Persona di riferimento _____

e-mail _____

@ _____

N. telefono _____

DATI DEL FONDO CEDENTE LA POSIZIONE PREVIDENZIALE **Nº contratto** _____ P. IVA _____

Denominazione Fondo _____

Prov. _____ Via/P.zza _____

C.A.P. _____ Comune _____
 L'Aderente autorizza Alleanza Assicurazioni S.p.A. a richiedere il trasferimento della posizione individuale, con tutte le informazioni ad essa inerenti, ad Alleanza Previdenza Piano individuale pensionistico di tipo assicurativo Fondo Pensioni, anche a seguito di istruzioni già impartite al predetto Fondo.

Firma Aderente (leggibile): _____

(o di chi ne esercita lo potestà)

LINEE DI INVESTIMENTO

I contributi indicati verranno investiti secondo il seguente piano di investimento:
 Libero con la seguente ripartizione: Alleanza Garantita 100% Alleanza Bilanciata _____ % Alleanza Azionaria _____ %

Programmato

BENEFICIARI

In caso di premarienza i Beneficiari indicati sono i seguenti:
 Coniuge Coniuge in difetto figli Eredi testamentari Eredi legittimi Altri, specifici

FIGLIA

indicare cognome, nome, luogo e data di nascita

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO

REDDITO / NUCLEO FAMILIARE / ESPOSIZIONE FINANZIARIA

Reddito annuo complessivo fino a € 20.000 da € 20.001 a € 50.000 oltre € 50.000

Reddito annuo fortemente variabile Sì No • Numero componenti nucleo familiare _____ di cui a carico _____

Eventuale esposizione finanziaria annua (mutui, rate, ecc.)

I assente fino a € 1.000 da € 1.001 fino a € 5.000 oltre € 5.000

OBIETTIVI DEL NUOVO CONTRATTO

Pensione complementare

Protezione assicurativa/Rendita

Investimento/Risparmio

ALTRI CONTRATTI ASSICURATIVI / FINANZIARI DETENUTI

I nessuno Previdenza Protezione Investimento

di cui anniui fino a € 1.000 da € 1.001 a € 5.000 oltre € 5.000

di cui unici fino a € 20.000 da € 20.001 a € 50.000 oltre € 50.000

ORIZZONTE TEMPORALE CHE MI PREFIGGO PER QUESTO CONTRATTO

I breve termine - fino a 5 anni medio - lungo termine - oltre 5 anni

ISPARMIO ANNUO A DISPOSIZIONE PER QUESTO CONTRATTO

I a) Inferiore o pari a € 5.000 b) da € 5.001 a € 15.000 c) Oltre € 15.000

A MIA PROPENSONE AL RISCHIO PER QUESTO CONTRATTO È

I BASSA - mantenimento del valore del capitale e suo costante e graduale incremento nel tempo

I MEDIA - crescita del capitale conferito, limitando al massimo la possibilità di perdite in conto capitale

I ALTA - crescita significativa del capitale conferito, con possibilità di subire perdite

A PROBABILITÀ DI RISCATTARE QUESTO CONTRATTO NEI PRIMI ANNI È BASSA ALTA

HO IN CORSO CONTRATTI ASSICURATIVI VITA IL CUI PAGAMENTO PREMI È STATO SOSPESO? Sì No

ADERENTE DICHIARA DI: non voler rispondere alle domande riportate nel questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto o ad alcune di esse, nella consapevolezza che la mancata risposta, anche solo parziale, ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle sue esigenze assicurative.

FIRMA ADERENTE (leggibile)
(o chi ne esercita la patria potest)

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI SOTTOSCRIZIONE IN CASO DI EVENTUALE INADEGUATEZZA

Da sottoscrivere se il contratto, sulla base delle risposte del questionario per la valutazione dell'adeguatezza, o qualsiasi altra informazione disponibile, non risulta o potrebbe non risultare adeguato.

sottoscritto intermediario dichiara di aver informato il Cliente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle sue esigenze assicurative.

sottoscritto Cliente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

MOTIVI DI INADEGUATEZZA

- 1 - Capacità di risparmio non sufficiente in relazione all'importo di premio
- 2 - Prodotto non conforme agli obiettivi espressi
- 3 - Prodotto non conforme alle esigenze assicurative/finanziarie espresse in proposta

FIRMA INTERMEDIARIO (leggibile)

FIRMA DELL'ADERENTE (leggibile)
(o chi ne esercita la patria potest)

REINVIO
Io sott
nella q
esserm
adesio

me !

Detto

Liqu

Liqu

Rest

Rest

Altri

scritto dichiara di aver ricevuto, letto e compreso prima della sottoscrizione del presente modulo:
olamento, la Note Informativa, le Condizioni Generali di contratto, il Progetto Esemplificativo Standardizzato e
ore materiale informativo (solo per i nuovi contratti);
**umento, neiplogativo dei principali obblighi di comportamento dell'Intermediario e la dichiarazione contenente i dati
ziali dell'Intermediario e della sua attività (qualora previsto);**
**scritto è responsabile della completezza e della veridicità delle informazioni fornite nel presente modulo ivi compresa
stenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richieste si impegnava a comunicare alla Società ogni variazione
esse intervenire.**

Firma dell'Aderente (leggibile) *P. Basso, Nella*
(o di chi ne esercita la paterna potest)

ENTE

ara ai sensi dell'Art. 13/1, comma 2, del C.C. di approvare specificatamente i seguenti articoli del Regolamento di
la Previdenza: modalità di adesione e trasparenza nei confronti degli Aderenti (Artt. 18 e 19), modifiche al Regolamento
stamento in caso di modifiche peggiorative (Artt. 21 e 22). Dichiara di approvare specificatamente il contenuto
clausola sub. B) di cui alla Premessa delle Condizioni Generali di contratto (Accettazione tacita delle modifiche degli
ati).

Firma dell'Aderente (leggibile) *P. Basso, Nella*
(o di chi ne esercita la paterna potest)

3) seguenti importi a titolo di:
deposito cauzionale, parla n. 1 rata di premio di € _____ restituibile sia in caso di mancata accettazione
he di revoca;
pese di emissione pari a € _____
ersamento aggiuntivo di € _____
o le seguenti modalità:
assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a Alleanza Assicurazioni S.p.A.

assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a Alleanza Assicurazioni S.p.A.

Banca _____ Importo _____

versamento su c/c postale Bollettino N. _____

Bonifico bancario sul conto corrente di Banca Generali codice IBAN: IT 96 F 03075 02200 CC 0300156824

BIC/SWIFT: BGENTL21

IMPORTANTE: specificare il numero di adesione e il nome e cognome dell'Aderente nell'apposito riquadro destinato alla
ausale

Disinvestimento da Fondi Alleanza Sgr Fondi N. _____ N. _____

P.O.S.

za Assicurazioni S.p.A. provvederà a riconoscere ai mezzi di pagamento di cui sopra la valuta indicata sul retro di questo modulo,
ide atto che entro 30 giorni dal ricevimento della lettera di avvenuta adesione ha la facoltà di comunicare a mezzo
era raccomandata A.R. indicando "Recesso" sulla busta a Alleanza Assicurazioni S.p.A. Piazza Fidia, 1 - 20159 Milano
oppo recesso alle condizioni indicate sul retro di questo modulo.

LUOGO E DATA DI ADESIONE

bile) Lucca (giorno) 26 (mese) 03 (anno) 2015 (leggibile) *P. Basso, Nella*
(o di chi ne esercita la paterna potest)

senso al trattamento dei dati per fini assicurativi ai sensi del D.Lgs. 196/2003
(solo per soggetti persone fisiche)

visione dell'Informativa Privacy riportata sul retro; l'Aderente apponendo la propria firma autorizza il trattamento dei
che lo riguardano - eventualmente anche sensibili - da parte della nostra Società, la loro comunicazione ai soggetti
ati e il trattamento da parte di questi ultimi a fini assicurativi.

senso al trattamento dei dati per fini commerciali (Codice Privacy e Reg. Ivass 34/2010)
re, invitiamo l'Aderente, barranto le seguenti caselle, ad autorizzare la nostra Società a trattare i Suoi dati per i fini di cui
nto 1 dell'Informativa Privacy riportata sul retro:

resentarLe prodotti e servizi della nostra Società SI NO

resentarLe prodotti e servizi non assicurativi di altre Società SI NO

insi del Regolamento Ivass n. 34 e dell'art. 130 Codice Privacy. La invitiamo ad indicare le tecniche di comunicazione
anza con cui desidera essere contattato:

a cartacea, telefono SI NO

a elettronica (e-mail) e messaggistica su cellulare (Sms, Mms, App) SI NO

vitiamo infine, barranto la seguente casella, ad autorizzare la nostra Società a trattare i suoi dati per i fini di cui al
to 2 dell'Informativa Privacy riportata sul retro:

SI NO

dell'Aderente (leggibile) *P. Basso, Nella*

DATI DELL'ACQUISIZIONE

inativo segnalato da _____ (cognome e nome in stampatello)

entatore _____ (cognome e nome in stampatello)

Spettabile
SANTANDER CONSUMER UNIFIN
S.p.A. - A socio unico
Soggetta all'attività di direzione e
coordinamento di:
Santander Consumer Bank S.p.A.
Via G. di Vittorio 21/b
40013 CASTEL MAGGIORE (BO)

CONSENSO

(Art. 23 DLGS 196/03)

Io sottoscritto/a (l' "Interessato") BERTINI Margherita
nato/a 19/01/1981
codice fiscale BTRMCLM81E71F

In relazione all'informativa da Voi fornитами ai sensi dell'art. 13 D.LGS. 30/6/03 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali):

I. Con riferimento alle finalità di cui al punto III – Finalità del trattamento cui sono destinati i dati – numeri 1, 2, 3 e 4 e 6 di detta informativa, consapevole del fatto che la mancata prestazione del consenso potrà comportare l'impossibilità di proseguire nell'analisi della richiesta e di stipulare il contratto:

do il consenso

nego il consenso

al trattamento dei dati personali che ritengo di fornirvi.

La normativa antiriciclaggio richiede l'identificazione delle "persone politicamente esposte": persone fisiche residenti in altri Stati comunitari o extracomunitari, che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari diretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami; a partire dal 1° gennaio 2014 il controllo è esteso anche ai residenti in Italia. Sono consapevole che gli ulteriori dati necessari a completare l'adeguata verifica della clientela sono raccolti con intervista al Cliente e quindi utilizzati per attribuirgli un profilo di rischio ex artt. 15 e ss. D.lgs. 231/07. A tali fini, dichiaro che i dati/dichiarazioni da me forniti in sede di richiesta del finanziamento sono veritieri e corretti. In particolare,

dichiaro di essere Persona politicamente esposta

dichiaro di NON essere Persona politicamente esposta

Firma dell'Interessato

Bertini Margherita

II. Con riferimento alle finalità di cui al punto III - Finalità del trattamento cui sono destinati i dati - numeri 5 e 7 di detta informativa e cioè per:

- finalità di marketing operativo e strategico;

- per esigenze di controllo dell'andamento delle relazioni con la clientela e/o rischi connessi;

finalità per le quali prendo atto che non è obbligatorio da parte mia fornire i dati personali di mia pertinenza:

do il consenso

nego il consenso

al trattamento dei dati personali che ritengo di fornirvi.

Firma dell'Interessato

Bertini Margherita

III. Con riferimento ai dati sensibili da cui al punto IV di detta informativa, già acquisiti o che potranno essere acquisiti, dalla Società a seguito delle operazioni o dei contratti da me richiesti che ne comportino il necessario trattamento per la specifica finalità perseguita dall'operazione o dal servizio medesimi.

do il consenso

nego il consenso

al trattamento.

Sono consapevole che, in mancanza di consenso, la Società non potrà dar corso ad operazioni o servizi che richiedano il trattamento di tali dati.

Firma dell'Interessato

Bertini Margherita

IV. Con riferimento alla comunicazione di dati personali a soggetti di cui al punto VI (Categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati) n. 1, 2, 3, 4 e 5 - Soggetti operanti nei finanziamenti contro cessione di quote dello stipendio (Istituti di credito; Agenti e intermediari di Unifin; Compagnie di Assicurazione e datori di lavoro) e Banca d'Italia:

do il consenso nego il consenso alle predette comunicazioni.
Sono consapevole che, in mancanza di consenso, la Società non potrà dar corso all'operazione di finanziamento richiesta.

Firma dell'Interessato

V. Con riferimento alla comunicazione di dati personali ai soggetti di cui al punto VI (Categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati) n. 6 dell'informativa, poiché l'esecuzione delle operazioni e dei servizi diversi da quelli indicati in "grassetto" al punto VI dell'informativa stessa richiede la comunicazione (ed il correlativo trattamento) dei miei dati personali alle categorie dei soggetti specificati al suddetto n. 6:

do il consenso nego il consenso alle predette comunicazioni.
Sono consapevole che, in mancanza di consenso, la Società non potrà eseguire operazioni o servizi diversi da quelli indicati "in grassetto" al punto VI dell'informativa stessa.

Firma dell'Interessato

Sempre con riferimento alla predetta informativa, io sottoscritto/a Interessato, preso atto della necessità per la Santander Consumer Bank S.p.A. di acquisire la documentazione opportuna ai fini del completo svolgimento delle attività istruttorie finalizzate a valutare la concedibilità del finanziamento, nonché ai fini della gestione del contratto di credito ove instaurato,

DELEGO

Santander Consumer Unifin S.p.A., anche per conto di Santander Consumer Bank S.p.A., e ove occorresse un soggetto terzo da esse opportunamente individuato, a richiedere ed ottenere la produzione del proprio estratto contributivo INPS, o di eventuali altri enti previdenziali, presso le competenti sedi/uffici sia in fase preliminare alla eventuale conclusione del contratto di finanziamento – al fine di acquisire le informazioni necessarie per la verifica del merito creditizio del sottoscritto/a in sede istruttoria – sia nel corso del rapporto di credito intercorrente al verificarsi di un sinistro – per verificare l'eventuale attivazione di un nuovo rapporto di lavoro da parte del sottoscritto/a cliente e conseguentemente consentire alla Unifin la prosecuzione del rimborso del finanziamento a valere sul nuovo rapporto.

Si allega alla presente copia del seguente documento di identità/ riconoscimento:

tipo di documento CARTA ID
numero AUTOGOUFF
rilasciato dalla seguente Autorità COMUNE in data 02/03/2015

Firma dell'Interessato

(Luogo e data) FIENZE, li 01/10/2015

PER LA PROCEDURA DI VENDITA ORDINARIA

Dichiaro di aver identificato il/la richiedente Interessato dietro esibizione del documento sopra specificato, in corso di validità, anche ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dal DLGS 231/2007 e s.m.i.

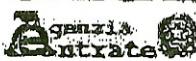
Firma per esteso dell'Incaricato

SOLO PER LA PROCEDURA DI VENDITA A DISTANZA

Dichiaro di aver ricevuto dall'Interessato, titolare di rapporto in essere, copia scansionata, oppure a mezzo fax o via posta, del presente documento, unitamente alla copia del codice fiscale e al documento d'identità in corso di validità.

Firma per esteso dell'Incaricato

CERTIFICAZIONE UNICA2015



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	09037861003	MANIFATTURE SIGARO TOSCANO SPA
DATI RELATIVI AL DATORE DI LAVORO, ENTE PENSIONISTICO O ALTRO SOSTITUTO D'IMPOSTA	LUCCA	LU 55100 VIA ENRICO MATTEI, 780
	T0583439205	massimo.rugani@toscanoitalia.it 120000 98
DATI RELATIVI AL DIPENDENTE, PENSIONATO O ALTRO PERCETTORE DELLE SOMME	BRTMCL79L43E715F	BERTINI MARCELLA
	F 03/07/1979 LUCCA	LU E715
DATI RELATIVI AL RAPPRESENTANTE	DOMICILIO FISCALE ALIENO	
RISERVATO AI PERCIPENTI ESTERI	DOMICILIO FISCALE ALIENO	
FIRMA DEL SOSTITUTO DI IMPOSTA		
28/02/2015 DOTT. TAMBURINI PIERO		

SOMME ERGATE PER L'INCREMENTO DELLA PRODUTTIVITÀ DEL LAVORO	SOMME ERGATE PER L'INCREMENTO DELLA PRODUTTIVITÀ DEL LAVORO		
2121,20	212,12	203	204
REDDITI ASSOGGETTATI A RITENUTA A TITOLO DI IMPOSTA	REDDITI ASSOGGETTATI A RITENUTA I MPOSTA		
221	222	223	224
241	242	243	244
245	246		
COMPensi RELATIVI AGLI ANNI PRECEDENTI	COMPensi RELATIVI AGLI ANNI PRECEDENTI		
251	252	253	254
DATI RELATIVI AI CONIUGLI IN CASO DI REDDITI ERGATTI DA ALTRI SOGGETTI	DATI RELATIVI AI CONIUGLI IN CASO DI REDDITI ERGATTI DA ALTRI SOGGETTI		
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
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	886
887	888	889	890
891	892	893	894
895	896	897	898
899	900	901	902
903	904	905	906
907	908	909	910
911	912	913	914
915	916	917	918
919	920	921	922
923	924	925	926
927	928	929	930
931	932	933	934
935	936	937	938
939	940	941	942
943	944	945	946
947	948	949	950
951	952	953	954
955	956	957	958
959	960	961	962
963	964	965	966
967	968	969	970
971	972	973	974
975	976	977	978
979	980	981	982
983	984	985	986
987	988	989	990
991	992	993	994
995	996	997	998
999	1000	1001	1002
1003	1004	1005	1006
1007	1008	1009	1010
1011	1012	1013	1014
1015	1016	1017	1018
1019	1020	1021	1022
1023	1024	1025	1026
1027	1028	1029	1030
1031	1032	1033	1034
1035	1036	1037	1038
1039	1040	1041	1042
1043	1044	1045	1046
1047	1048	1049	1050
1051	1052	1053	1054
1055	1056	1057	1058
1059	1060	1061	1062
1063	1064	1065	1066
1067	1068	1069	1070
1071	1072	1073	1074
1075	1076	1077	1078
1079	1080	1081	1082
1083	1084	1085	1086
1087	1088	1089	1090
1091	1092	1093	1094
1095	1096	1097	1098
1099	1100	1101	1102
1103	1104	1105	1106
1107	1108	1109	1110
1111	1112	1113	1114
1115	1116	1117	1118
1119	1120	1121	1122
1123	1124	1125	1126
1127	1128	1129	1130
1131	1132	1133	1134
1135	1136	1137	1138
1139	1140	1141	1142
1143	1144	1145	1146
1147	1148	1149	1150
1151	1152	1153	1154
1155	1156	1157	1158
1159	1160	1161	1162
1163	1164	1165	1166
1167	1168	1169	1170
1171	1172	1173	1174
1175	1176	1177	1178
1179	1180	1181	1182
1183	1184	1185	1186
1187	1188	1189	1190
1191	1192	1193	1194
1195	1196	1197	1198
1199	1200	1201	1202
1203	1204	1205	1206
1207	1208	1209	1210
1211	1212	1213	1214
1215	1216	1217	1218
1219	1220	1221	1222
1223	1224	1225	1226
1227	1228	1229	1230
1231	1232	1233	1234
1235	1236	1237	1238
1239	1240	1241	1242
1243	1244	1245	1246
1247	1248	1249	1250
1251	1252	1253	1254
1255	1256	1257	1258
1259	1260	1261	1262
1263	1264	1265	1266
1267	1268	1269	1270
1271	1272	1273	1274
1275	1276	1277	1278
1279	1280	1281	1282
1283	1284	1285	1286
1287	1288	1289	1290
1291	1292	1293	1294
1295	1296	1297	1298
1299	1300	1301	1302
1303	1304	1305	1306
1307	1308	1309	1310
1311	1312	1313	1314
1315	1316	1317	1318
1319	1320	1321	1322
1323	1324	1325	1326
1327	1328	1329	1330
1331	1332	1333	1334
1335	1336	1337	1338
1339	1340	1341	1342
1343	1344	1345	1346
1347	1348	1349	1350
1351	1352	1353	1354
1355	1356	1357	1358
1359	1360	1361	1362
1363	1364	1365	1366
1367	1368	1369	1370
1371	1372	1373	1374
1375	1376	1377	1378
1379	1380	1381	1382
1383	1384	1385	1386
1387	1388	1389	1390
1391			

Codice fiscale del percepiente

BRTMCL79L43E715F

Mod. N.

1

CERTIFICAZIONE LAVORO DIPENDENTE, ASSIMILATI ED ASSISTENZA FISCALE

DATI FISCALI

DATI PER LA EVENTUALE
COMPILAZIONE
DELLA DICHIARAZIONE
DEI REDDITI

23015 10 21

REDDITI

365

29105 2000

RITENUTE

3691,49 327,62 41,57 95,02 40,98

ACCONTI 2014
DICHIARANTE

3691,49 327,62 41,57 95,02 40,98

ACCONTI 2014
CONIUGE

3691,49 327,62 41,57 95,02 40,98

CREDITI NON RIMBOURSATI
DICHIARANTE

3691,49 327,62 41,57 95,02 40,98

CREDITI NON RIMBOURSATI
CONIUGE

3691,49 327,62 41,57 95,02 40,98

ONERI DETRAIBILI

3691,49 327,62 41,57 95,02 40,98

DETRAZIONI
E CREDITI

5614,08 719,81 1202,78

1922,59

640,00

PREVIDENZA
COMPLEMENTARE

CONTRIBUTI PREVIDENZA COMPLEMENTARE LAVORATORI DI PRIMA OCCUPAZIONE

CONTRIBUTI PREVIDENZA COMPLEMENTARE PER IL CARICO FAMILIARE

ONERI DEDUCIBILI

CONTRIBUTO DI SOLIDARIETÀ - CONTRIBUTO DI SALVAMENTO PENSIONISTICO

ALTRI DATI

CAPITALE IN SEDE DI CONSUOGO

Codice fiscale del percepiente

BRTMCL79L43E715F

Mod. N.

1

DATI PREVIDENZIALI ED ASSISTENZIALI	7050380159	X	26007,00	2468,08																																																
INPS SEZIONE 1 LAVORATORI SUBORDINATI	<table border="1"> <tr><td colspan="12">PERIODO DI PRESENZA</td></tr> <tr><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr> <tr><td>X</td><td>G</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>G</td><td>L</td><td>A</td><td>S</td><td>O</td><td>N</td></tr> </table>				PERIODO DI PRESENZA												10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	X	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N
PERIODO DI PRESENZA																																																				
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21																																									
■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																																									
X	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N																																									
SEZIONE 2 CDL/LAB. COORDINATE E CONTINUATIVE	<table border="1"> <tr><td colspan="12">PERIODO DI PRESENZA</td></tr> <tr><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr> <tr><td>X</td><td>T</td><td>G</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>G</td><td>L</td><td>A</td><td>S</td><td>N</td></tr> </table>				PERIODO DI PRESENZA												10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	X	T	G	F	M	A	M	G	L	A	S	N
PERIODO DI PRESENZA																																																				
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21																																									
■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																																									
X	T	G	F	M	A	M	G	L	A	S	N																																									
SEZIONE 3 INPS GESTIONE DIPENDENTI PUBBLICI (EX INPDAP)	<table border="1"> <tr><td colspan="12">PERIODO DI PRESENZA</td></tr> <tr><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr> <tr><td>X</td><td>T</td><td>G</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>G</td><td>L</td><td>A</td><td>S</td><td>N</td></tr> </table>				PERIODO DI PRESENZA												10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	X	T	G	F	M	A	M	G	L	A	S	N
PERIODO DI PRESENZA																																																				
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21																																									
■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																																									
X	T	G	F	M	A	M	G	L	A	S	N																																									
DATI ASSICURATIVI INAIL	0	9	2	1	0	1	0	0	4	5	5	E715	<input type="checkbox"/>																																							

AI Informazioni relative ai redditi certificati:

Tipologia (Art.49, c.1 Tuir - Redditi da lavoro dipendente),
 rapporto a tempo (Indeterminato),
 importo (- 23015,10).

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

AM Rimborsi effettuati dal sostituto a seguito di assistenza fiscale:

AM credito Irpef rimborsato sostituto (358,00);

BX Somme erogate nel 2014 a titolo di incremento della productività del lavoro;