

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



FISH

2° copia per l'adempimento



ALLEANZA ASSICURAZIONI

ALLEANZA ASSICURAZIONI S.p.A. - Sede Legale Piazza Italia, 20159 Milano (MI) - Tel. 02 6396111 - Fax 02 6225002 - www.alleanza.it
Iscrizione nel Reg. Imp. di Milano C.F. e P.IVA n. 0090160012
Cap. soc. Euro 210.000.000,00 Iva. Società iscritta all'Albo delle imprese
IvaS n. 1.00179, soggetta all'attività di direzione e coordinamento
di Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali
Iscrizione Albo delle imprese di assicurazione



PREVIDENZA

PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO - FONDO PENSIONE
Regolamento approvato dal CONSOB n. 6706



0 5 7 0 4 7 8 9 7 0

AGENZIA GENERALE DI LOCCA		2899
(in lettere)		(in codice)
HA	B	
(Ispezione Agenziale)	(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 **BERLINI MARCELLA** M ☒ F Data di nascita **02/07/1979**
Comune di nascita (o Stato estero) **LOCCA** Prov. **LU**
Codice Fiscale **02871047974351455**
Recapito (per invio della corrispondenza)
C.A.P. **105100** Comune **LOCCA** Prov. **LU** Via/P.zza **Via di Guglielmo ILLIDA**
Presso (facoltativo) **S. CORCORATO**
Residenza (solo se diversa dal recapito)
C.A.P. **11111** Comune _____ Prov. **11** Via/P.zza _____
N. telefono **3609436123** Cell./altro recapito tel. _____
e-mail _____
Prof. **11** (Inserire codice) Tipo: Dipendente ☒ Autonomo ☐ Altro ☐ Settore: Privato ☒ Pubblico ☐ Altro ☐
Data 1° Occupazione **11/11/11** N. anni di contribuzione a previdenza complementare **11**
Stato civile **11** (Inserire codice) Titolo di studio: Scuola dell'obbligo ☒ Scuola superiore ☐ Laurea ☐
☒ Carta d'identità ☐ Passaporto ☐ Patente ☐ Altro Numero **A0660475**
Data di Rilascio **02/03/2015** Scadenza **02/03/2025** Comune/Ente rilascio **LOCCA**

Professione	Cod.	Professione	Tipo Profess.	Cod.	Professione	Tipo Profess.	Cod.	Professione
Autonomo	1	Artigiano	Dipendente	11	Collaboratori/Coordinatori e Continuatori	Altro	19	Casalinga
Autonomo	2	Commerciante/Esercente	Dipendente	12	Dipendenti di Coltivatori Diretti Mezzadri e Coloni	Altro	20	Clero e Altri Ministri di Culto
Autonomo	3	Imprenditore Agricolo	Dipendente	13	Dirigente	Altro	21	Non Occup./In Cerca di 1° 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	Libero Professionista	Dipendente	16	Magistrato	Altro	24	Studente
Auton./Dip.te	7	Infermiere	Dipendente	17	Operario			
Auton./Dip.te	8	Insegnante	Dipendente	18	Altre Professioni Dip. di			
Auton./Dip.te	9	Medico						
Auton./Dip.te	10	Militare o Equiparato						

Stato Civile
01. Coniugato(a) 02. Convivente 03. Divorziato(a)/Separato(a) 04. Nubile/Celibatario 05. Vedovo(a)

CONTRIBUZIONE (SUCCESSIVA ALL'ADESIONE)
L'Aderente 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

mod. 10307050 - 60.000 - 5/2014



05/10/2015	15:44	-0583490533	CARLA FORMISANO	PAG	02/04
------------	-------	-------------	-----------------	-----	-------

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 ☒ SI ☐ NO • Numero componenti nucleo familiare _____ di cui a carico _____

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

☐ 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

☐ nessuno ☐ Previdenza ☐ Protezione ☐ Investimento
di cui annui ☐ 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 PREFIUGO PER QUESTO CONTRATTO

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

RISPARMIO ANNUO A DISPOSIZIONE PER QUESTO CONTRATTO

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

A MIA PROPENSIONE AL RISCHIO PER QUESTO CONTRATTO È

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

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

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

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

IN CORSO CONTRATTI ASSICURATIVI VITA IL CUI PAGAMENTO PREMI È STATO SOSPESO? ☐ SI ☐ 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)

(a di chi ne esercita la patria potestà)

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 adeguata.

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 DEL L'ADERENTE (leggibile)

(a di chi ne esercita la patria potestà)

scritto dichiara di aver ricevuto, letto e compreso prima della sottoscrizione del presente modulo; il presente modulo informativo (solo per i nuovi contratti); il Documento Informativo dei principali obblighi di comportamento dell'Intermediario e la dichiarazione contenente i dati personali dell'Intermediario e della sua attività (qualora previsto). Il sottoscritto è responsabile della completezza e della veridicità delle informazioni fornite nel presente modulo ivi compresa l'assenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti e si impegna a comunicare alla Società ogni variazione che dovesse intervenire.

Firma dell'Aderente (leggibile) X Bordini Nello
(o di chi ne esercita la patria potestà)

CONSENTO ai sensi dell'Art. 1343, comma 2, del C.C. di approvare specificatamente i seguenti articoli del Regolamento di Adesione: modalità di adesione e trasparenza nei confronti degli Aderenti (Artt. 18 e 19); modifiche al Regolamento di Adesione in caso di modifiche peggiorative (Artt. 21 e 22). Dichiaro di approvare specificatamente il contenuto della clausola sub B) di cui alla Premessa delle Condizioni Generali di contratto (Accettazione tacita delle modifiche degli atti).

Firma dell'Aderente (leggibile) X Bordini Nello
(o di chi ne esercita la patria potestà)

Le seguenti importi, a titolo di:
- deposito cauzionale, pari a n. 1 rata di premio di € _____ restituibile sia in caso di mancata accettazione
- che di revoca;
- spese di emissione pari a € _____
- versamento aggiuntivo di € _____

Ho le seguenti modalità:
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a Alleanza Assicurazioni S.p.A.
- assegno su c/c postale Bollettino N. _____
- bonifico bancario sul conto corrente di Banca Generali codice IBAN: IT 96 F 03075 02200 CC 0300166824
BIC/SWIFT: BGENT21

Importante: specificare il numero di adesione e il nome e cognome dell'Aderente nell'apposito riquadro destinato alla causale
Disinvestimento da Fondi Alleanza Sgr. Fondi N. _____ N. _____ N. _____

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

LUOGO E DATA DI ADESIONE
Luogo: Lucca Data: 21/03/2015
(giorno) (mese) (anno)

FIRMA DELL'ADERENTE
(leggibile) X Bordini Nello
(o di chi ne esercita la patria potestà)

CONSENSO 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 dati che lo riguardano - eventualmente anche sensibili - da parte della nostra Società, la loro comunicazione ai soggetti terzi e il trattamento da parte di questi ultimi a fini assicurativi.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER FINI COMMERCIALI (Codice Privacy e Reg. Ivass 34/2010)
re, invitiamo l'Aderente, barrando le seguenti caselle, ad autorizzare la nostra Società a trattare i suoi dati per i fini di cui sotto 1 dell'Informativa Privacy riportata sul retro:

presentarle prodotti e servizi della nostra Società ☒ SI ☐ NO
presentarle prodotti e servizi non assicurativi di altre Società ☒ SI ☐ NO

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

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

Invitiamo infine, barrando la seguente casella, ad autorizzare la nostra Società a trattare i suoi dati per i fini di cui sotto 2 dell'Informativa Privacy riportata sul retro:

☒ SI ☐ NO

Firma dell'Aderente (leggibile) X Bordini Nello

DATI DELL'ACQUISIZIONE

Iniziativa segnalata da _____ (cognome e nome in stampatello)
Interventore _____ Firma del Presentatore _____
(cognome e nome in stampatello)

REINVI
Io sottoscritto
nella
essermi
adesio
☐ me
Detto
☐ Lique
☐ Lique
☐ Rest
☐ Rest
☐ Altri

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 WCCA
codice fiscale B01MCC79L43E1TF

In relazione all'informativa da Voi fornirmi 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 art. 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

Benedetto Miele

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

Benedetto Miele

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

A0600471

rilasciato dalla seguente Autorità

COMUNE

in data

02/03/2015

Firma dell'Interessato

Benedetto Miele

(Luogo e data)

FIRENZE

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

[Firma]

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

[Firma]

CERTIFICAZIONE UNICA 2015



CERTIFICAZIONE DI CUI ALL'ART. 4, COMMI 8-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@toscanolitalia.it		120000 98
DATI RELATIVI AL DIPENDENTE, PENSIONATO O ALTRO PERCETTORE DELLE SOMME	BRTMCL79L43E715F		BERTINI	MARCELLA
	F 03/07/1979	LUCCA	LU	
	LUCCA		LU	E715
DATI RELATIVI AL RAPPRESENTANTE				
RISERVATO AI PERCIPIENTI ESTERI				
	28/02/2015	FIRMA DEL SOSTITUTO DI IMPOSTA DOTT. TAMBURINI PIERO		

Copie conforme allo schema di Certificazione Unica 2015 approvata con provvedimento Direzionale Agenzia Entrate del 18/01/2015

Data di stampa: 28/02/2015 - Ora di stampa: 14:38

Codice fiscale del percipiente **BRTMCL79L43E715F**Mod. N. **1**SOMME EROGATE
PER L'INCREMENTO
DELLA PRODUTTIVITA'
DEL LAVORO

SOMME EROGATE PER L'INCREMENTO DELLA PRODUTTIVITA' DEL LAVORO

2121,20

212,12

REDDITI ASSOGGETTI
A RITENUTA A TITOLO
DI IMPOSTA

REDDITI ASSOGGETTI A RITENUTA A TITOLO DI IMPOSTA

COMPENSI RELATIVI
AGLI ANNI PRECEDENTI

COMPENSI RELATIVI AGLI ANNI PRECEDENTI (RAGIONE SEPARATA)

DATI RELATIVI
AI CONGUAGLI
IN CASO DI REDDITI EROGATI
DA ALTRI SOGGETTI

REDDITI ASSOGGETTI A RAGIONE SEPARATA

TRATTAMENTO DI FINE
RAPPORTO, INDENNITA'
INDEBITATE, ALTRE
INDENNITA' E PRESTAZIONI
IN FORMA DI CAPITALE
SOGGETTE A TASSAZIONE
SEPARATA

TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO, ALTRE INDENNITA' E FORME SOGGETTE A TASSAZIONE SEPARATA

565,94

21250,94

DATI RELATIVI
AL CONIUGE
E AL FAMILIARE A CARICOCARATTERI DELLA
CATEGORIA
C - CONIUGE
F - FAMIGLIO
S - ALTRO FAMILIARE
D - INVALIDO CON INDEBITATE

BRTMTN01R59E715L

12

C

Copia conforme allo schema di Certificazione Unica 2016 approvato con provvedimento Direttoriale Agenzia Entrate del 15/01/2016

Data di stampa: 28/02/2015 - Ora di stampa: 14:39

Codice fiscale del percipiente

BRTMCL79L43E715F

Mod. N.

1

CERTIFICAZIONE LAVORO DIPENDENTE, ASSIMILATI ED ASSISTENZA FISCALE

DATI FISCALI

DATI PER LA EVENTUALE
COMPILAZIONE
DELLA DICHIARAZIONE
DEI REDDITI

REDDITI

RITENUTE

ACCONTI 2014
DICHIARANTEACCONTI 2014
CONIUGECREDITI NON RIMBORSATI
DICHIARANTECREDITI NON RIMBORSATI
CONIUGE

ONERI DETRAIBILI

DETRAZIONI
E CREDITIPREVIDENZA
COMPLEMENTARE

ONERI DEDUCIBILI

ALTRI DATI

Data di stampa: 28/08/2015 - Ora di stampa: 14:39

Codice fiscale del percipiente

BRTMCL79L43E715F

Mod. N. 1

DATI
PREVIDENZIALI
ED ASSISTENZIALI

7050380159

X

26007,00

2468,08

INPS

SEZIONE 1
LAVORATORI
SUBORDINATI

X G F M A M G L A S O N D

SEZIONE 2
COLLAB. COORDINATE
E CONTINUATIVE

T G F M A M G L A S O N D

SEZIONE 3
INPS GESTIONE
DIPENDENTI PUBBLICI
(EX INPDAP)

T G F M A M G L A S O N D

DATI
ASSICURATIVI
INAIL

09210100455

E715

ANNOTAZIONI

AI Informazioni relative ai redditi certificati:

Tipologia (Art. 49, c.1 Tuir - redditi da lavoro dipendente),

rapporto a tempo (Indeterminato),

importo (13015,10).

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 sostituito (758,00):

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