

DICHIARAZIONE

SCRIVERE IN STAMPATELLO ED ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'

Alla Procura Generale della Repubblica

c/o la Corte di Appello di

Salerno

Ufficio Ragioneria

Tel 089 5645545 - 089 5645204 - 089 5645200

DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO

Cognome:	Nome:	
Data di nascita:	Comune di nascita:	Prov.:
Codice Fiscale:		
Comune di residenza:	CAP	
Indirizzo:		
Tel.:	P.E.C/P.E.O.:	
<input type="checkbox"/> autorizza l'Ufficio ad effettuare eventuali comunicazioni a mezzo posta elettronica all'indirizzo sopra menzionato		

TRATTAMENTO FISCALE

<input type="checkbox"/> dichiara di essere titolare di partita IVA n.:
<input type="checkbox"/> operazione esente ai sensi dell'art. 1 commi da 54 a 89 della legge n° 190/2014;
oppure:
<input type="checkbox"/> di non essere titolare di partita IVA;
<input type="checkbox"/> di essere soggetto ad IRPEF al %
<input type="checkbox"/> altro;

TRATTAMENTO PREVIDENZIALE

<input type="checkbox"/> dichiara che la propria cassa di appartenenza è:
<input type="checkbox"/> chiede la corresponsione del contributo cassa professionale al %
<input type="checkbox"/> dichiara di avere dipendenti e che l'attività svolta relativa all'incarico dell'A.G.
<input type="checkbox"/> è stata resa CON l'ausilio di dipendenti;
<input type="checkbox"/> è stata resa SENZA l'ausilio di dipendenti;
<input type="checkbox"/> Dichiara di essere iscritto alla Gestione Separata INPS

MODALITÀ DI PAGAMENTO

<input type="checkbox"/> Accredito sul c/c numero:
Intestato a:
Presso:
IBAN (International Bank Account Number):

DICHIARAZIONE RISERVATA AI DIPENDENTI PUBBLICI:

Dichiara di essere dipendente presso:
con qualifica:
sede di servizio:
indirizzo:
tel: fax:
<input type="checkbox"/> per Addizionale Comunale del % <input type="checkbox"/> per Addizionale Regionale del %

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'ufficio eventuali variazioni dei dati riportati.

Data _____

Firma _____