INPS

Codice Fiscale

Cod. TF040

Dichiarazione del dipendente

Dichiarazione del richiedente

Io sottoscritto/a

Codice fiscale Sesso ☐ M ☐ F

Cognome

Nome

Nato/a il / / Stato di nascita

Comune Prov.

Residente in

Comune Prov. CAP

Via/Piazza n.

Frazione

Presso

Pal. sc. int. Telefono fisso*

Cellulare* Fax*

E-mail*

(Eventuale indirizzo diverso dalla residenza)

Comune Prov. CAP

Via/Piazza n.

Frazione

Presso

Pal. sc. int. Telefono fisso*

Cellulare* Fax*

E-mail*

Dichiaro

* campi a compilazione non obbligatoria

RICHIESTA CAMBIO ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO E COMPENSI ACCESSORI

(D.P.R. 357/1994 art.14 – D.M. 4/4/1995 – D.M. 31/10/2002)

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA Giorno Mese Anno	SESSO (M o F)
COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA	PROV. (sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)	

Chiede ch le proprie competenze vengano accreditate in via continuativa sul proprio

☐ **C/C Bancario o Postale**

☐ **Libretto postale nominativo**

COORDINATE IBAN

(Il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sottoriportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto del conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto o il libretto è intrattenuto)

IT																									
IBAN			CIN	ABI						CAB					NUMERO CONTO										

inoltre chiede l'invio del modello allegato all'Ufficio Competente (*Ufficio Responsabile* Pagamento Stipendio – D.T.E.F. di Ancona).

Data .....

Firma .....

Sezione G

ai fini del pagamento del TFR:

☐ Di non aver sottoscritto con un Ente iscritto all'Inps Gestione Dipendenti Pubblici un altro contratto di lavoro a decorrere dal giorno immediatamente successivo alla scadenza del precedente.

☐ Di aver sottoscritto con un Ente iscritto all'Inps Gestione Dipendenti Pubblici un altro contratto di lavoro a decorrere dal giorno immediatamente successivo alla scadenza del precedente.

☐ Di autorizzare l'Inps Gestione Dipendenti Pubblici a trattenere sul TFR i maggiori importi stipendiali corrisposti pari ad

€

e a versarli all'Ente datore di lavoro

☐ L'iscritto ha nominato una persona per la riscossione.

Si allega Delega

Sezione H

☐ Di non aver aderito ad alcun fondo di pensione complementare

☐ Di aver aderito al fondo pensione complementare

a decorrere dal / /

La data di inizio del rapporto di lavoro a tempo determinato, nel corso del quale è stata presentata la domanda di adesione al citato Fondo, è / /

Le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia. L'Inps effettuerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive (art.71, 72, 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa).

Come stabilito dall'art.43 D.P.R. 445/2000 (Testo Unico sulla documentazione amministrativa) il richiedente può avvalersi della presente dichiarazione sostitutiva oppure indicare l'amministrazione competente e gli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti. In quest'ultimo caso, l'Inps rende noto che i termini del procedimento decorreranno dalla data di ricezione delle informazioni stesse.

Il richiedente può sottoscrivere questa richiesta in presenza del funzionario addetto all'autenticazione della firma, oppure, può inviarla per via telematica, posta, fax, firmata e accompagnata dalla fotocopia del suo documento di riconoscimento (Art.38, c.1 del D.P.R. 445/2000). Se il documento d'identità non è più valido, dovrà dichiarare, sulla fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti, non hanno subito variazioni dalla data di rilascio (Art.45, c.3 del D.P.R. 445/2000).

Luogo e data

Firma del richiedente