

4. TRATTENUTE GRAVANTI SULLO STIPENDIO: RISCATTI, CESSIONI, PRESTITI

Per il buon esito della pratica è **NECESSARIO** allegare copia
di ciascun **PROVVEDIMENTO** e indicare le **MODALITÀ DI VERSAMENTO**

Fino a revoca espressa si autorizza codesta ex Agenzia ad effettuare sullo stipendio le seguenti trattenute

a. **Riscatto** Istituto/Ente Creditore _____

Importo tot. € |_____|, |__| n. rate residue |_____| scadenza ultima rata __ importo rata mensile € |_____|, |__|

b. **Cessione di 1/5** Istituto/Ente Creditore _____

Importo tot. € |_____|, |__| n. rate residue |_____| scadenza ultima rata __ importo rata mensile € |_____|, |__|

da versare sui conto corrente bancario/postale codice IBAN |_____|

c. **Prestito** Istituto/Ente Creditore _____

Importo tot. € |_____|, |__| n. rate residue |_____| scadenza ultima rata __ importo rata mensile € |_____|, |__|

da versare sui conto corrente bancario/postale codice IBAN |_____|

d. **Pignoramenti** Istituto/Ente Creditore _____

Importo tot. € |_____|, |__| n. rate residue |_____| scadenza ultima rata __ importo rata mensile € |_____|, |__|

da versare sui conto corrente bancario/postale codice IBAN |_____|

e. **Ritenute Sindacali** Sindacato _____

Importo rata mensile € |_____|, |__|

da versare sui conto corrente bancario/postale codice IBAN |_____|

f. **Fondo Perseo - Sirio** adesione SI NO

Percentuale richiesta |__| %

N.B. Se assunto dopo il 01/01/2019 indicare gli estremi dell'eventuale atto di rinuncia _____

il precedente Ente di titolarità ha effettuato la/le trattenute fino alla mensilità di _____

ALL.1 Dichiarazione relativa alle detrazioni spettanti anno 2023

Al Ministero dell'Interno
Dipartimento per gli Affari Interni e Territoriali
Direzione Centrale per le Autonomie
Albo nazionale dei Segretari Comunali e Provinciali

Il/la sottoscritt _____ nato/a il _____

a _____ con domicilio fiscale posseduto al 01.01.20 _____ nel

Comune di _____ Via _____

n. _____ CAP _____ Numero codice fiscale _____

Stato civile : celibe/nubile coniugato/a divorziato/a
 separato/a legalmente ed effettivamente vedovo/a

in servizio presso l'ufficio _____

tel. _____ con la qualifica di _____

numero partita _____ ai fini di quanto previsto dall' articolo 23 del D.P.R.

n. 600/73 e dagli articoli 12 e 13 del D.P.R. 917/86 e successive modifiche ed integrazioni DICHIARA di

aver diritto alle seguenti detrazioni d'imposta annue a decorrere dal mese di _____

Quadro A	Reddito complessivo sui quale saranno commisurate le detrazioni
<input type="checkbox"/>	Segnalazione del reddito complessivo che si prevede di percepire nell'anno in corso, escluso il reddito dell'abitazione principale. <input type="text"/>
N.B.: In assenza di un reddito complessivo dichiarato sarà preso in considerazione, in via presuntiva, il reddito di lavoro dipendente corrisposto da questo Ufficio.	

Quadro B	Diritto detrazione per lavoro dipendente e assimilato
<input type="checkbox"/>	Detrazione per lavoro dipendente e assimilato • (altre detrazioni art. 13 TUIR).

•La casella va sempre barrata perché si tratta delle detrazioni spettanti al lavoratore in funzione del rapporto in corso. Se il lavoratore contemporaneamente ha due rapporti di lavoro è opportuno richiedere la detrazione solo a uno dei due datori di lavoro

Codice fiscale del richiedente

Quadro C		Familiari a carico	
Cognome Nome		Codice fiscale e data di nascita	
Coniuge			

Figli	Cognome Nome	Indicare la % a carico 50 / 100		Indicare se disabile*	1° figlio in mancanza del coniuge**	Codice fiscale e data di nascita
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1° Figlio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2° Figlio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3° Figlio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4° Figlio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5° Figlio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6° Figlio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

* Figli portatori di handicap ai sensi dell'art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 e successive modifiche ed integrazioni.

**Barrare la casella in caso di nucleo familiare composto da un solo genitore (si tratta dei casi di morte o mancato riconoscimento del figlio da parte dell'altro coniuge) affinché venga riconosciuto al primo figlio una detrazione maggiore, qualora più conveniente.

Codice fiscale del richiedente

--

Altri familiari indicati nell'art. 433 C.C.		Indicare la % a carico			Codice fiscale e data di nascita
Familiari	Cognome Nome	50	100	altra	
1° Familiare		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2° Familiare		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3° Familiare		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Il/la sottoscritto/a dichiara che il reddito annuo percepito da ciascuno dei familiari a carico non è superiore a euro 2.840,51 al lordo degli oneri deducibili.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 1, comma 2 del D.lgs n. 471/97 e successive modifiche ed integrazioni, in caso di dichiarazioni non veritiere e **si impegna a comunicare tempestivamente, con specifica dichiarazione personale al competente Ufficio responsabile del trattamento economico, il verificarsi di condizioni che comportino variazioni alle detrazioni d'imposta in godimento.**

Il/la sottoscritto/a prende atto, ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96 sul trattamento dei dati personali, che i dati contenuti nella presente autocertificazione verranno trattati prevalentemente con procedure informatizzate e potranno essere forniti ad altri organismi pubblici per il raggiungimento delle rispettive finalità istituzionali.

Data, _____

_____ Firma per esteso

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Le detrazioni per i familiari di cui all'art. 12 (ex 13) del TUIR sono riconosciute dal sostituto d'imposta se il lavoratore dipendente dichiara annualmente di avervi diritto, indicando le condizioni di spettanza, il codice fiscale dei soggetti per i quali si usufruisce delle detrazioni ed impegnandosi a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni.

Coniuge a carico – si considera a carico il coniuge non legalmente ed effettivamente separato che non possiede redditi complessivi, per l'anno in corso, superiori a €. 2.840,51 annui al lordo degli oneri deducibili.

Il coniuge può anche essere non convivente e può risiedere all'estero.

Figli a carico – si considerano figli a carico, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati o affiliati che non hanno redditi propri superiori a €. 2.840,51 annui. **I figli possono anche essere non conviventi e possono risiedere all'estero.**

La detrazione per i figli a carico è ripartita *“obbligatoriamente”* nella misura del 50 per cento tra i genitori non legalmente ed effettivamente separati, ovvero è consentito, previo accordo tra gli stessi, che possa essere attribuita la misura del 100 per cento al genitore che possiede un reddito complessivo di ammontare più elevato.

In caso di separazione legale ed effettiva o di annullamento, scioglimento o cessazione degli effetti civili del matrimonio, la detrazione spetta, in mancanza di accordo, al genitore affidatario. Nel caso di affidamento congiunto o condiviso la detrazione è ripartita, in mancanza di accordo, nella misura del 50 per cento tra i genitori. Ove il genitore affidatario non possa usufruire in tutto o in parte della detrazione per limiti di reddito, la detrazione è assegnata per intero al secondo genitore. Quest'ultimo, salvo diverso accordo tra le parti, è tenuto a riversare all'altro genitore affidatario un importo pari all'intera detrazione ovvero, in caso di affidamento congiunto, pari al 50 per cento della detrazione stessa. In caso di coniuge fiscalmente a carico dell'altro, la detrazione compete a quest'ultimo per l'intero importo. Secondo i principi generali, **la detrazione per ciascun figlio di età inferiore a tre anni spetta dal mese in cui si sono verificate le condizioni richieste e compete sino al mese in cui le stesse cessano, ovvero al compimento del terzo anno di età.**

Figli portatori di handicap - sono riconosciuti tali secondo il disposto art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

Altri familiari a carico – si considerano a carico i soggetti, con redditi propri non superiori a euro 2.840,51 annui al lordo degli oneri deducibili, **che convivano con il contribuente o percepiscano assegni alimentari non risultanti da provvedimenti dell'autorità giudiziaria**. Essi sono: genitori, ascendenti prossimi, discendenti prossimi, generi, nuore, suoceri, fratelli e sorelle germani o unilaterali, gli adottanti (art. 433 c.c.).



Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE DEL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE
CIVILE PER LE RISORSE STRUMENTALI E FINANZIARIE
DIREZIONE CENTRALE PER LE RISORSE FINANZIARIE E STRUMENTALI
Area VII - Retribuzione del Personale Ministeriale

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

(D.P.R. 367/1994 art. 14 - D.M. 31/10/2002)

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA			SESSO (M o F)
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA	PROV. (Sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)			
DOMICILIO - VIA e N. CIVICO	CAP	LOCALITA'			PROV. (Sigla)
NUMERO PARTITA				TELEFONO UFFICIO	

Il sottoscritto chiede che le proprie competenze vengano **accreditate** in via continuativa sul **proprio** conto corrente bancario.

COORDINATE IBAN

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

cod paese	cin euro	cin it	abi	cab	c/c
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Il sottoscritto si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno che possa derivare dal richiesto accreditamento.

Data ____/____/____

Firma _____

AVVERTENZE

Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decida di cambiare lo sportello bancario sul quale localizzare il pagamento. Le coordinate segnalate con il presente modulo potranno, comunque, essere aggiornate dall'Amministrazione al fine di inoltrare correttamente la disposizione di pagamento delle competenze, qualora la Banca comunichi la modifica delle stesse attraverso i concordati canali telematici. Tale modifica sarà comunicata nel cedolino delle competenze inviato all'interessato.



Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE DEL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE
CIVILE PER LE RISORSE STRUMENTALI E FINANZIARIE
DIREZIONE CENTRALE PER LE RISORSE FINANZIARIE E STRUMENTALI
Area VII - Retribuzione del Personale Ministeriale

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

(D.P.R. 367/1994 art. 14 - D.M. 31/10/2002)

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	SESSO (M o F)
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA	PROV. (Sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)	
DOMICILIO - VIA e N. CIVICO	CAP	LOCALITA'	PROV. (Sigla)
NUMERO PARTITA		TELEFONO UFFICIO	

Il sottoscritto chiede che le proprie competenze vengano **accreditate** in via continuativa sul **proprio** :

- C/C Postale
 Libretto postale nominativo

COORDINATE IBAN

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

cod paese	cin euro	cin it	abi	cab	c/c
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Il sottoscritto si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno che possa derivare dal richiesto accreditamento.

Data ____/____/____

Firma _____

AVVERTENZE

Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decida di cambiare lo sportello postale sul quale localizzare il pagamento. Le coordinate segnalate con il presente modulo potranno, comunque, essere aggiornate dall'Amministrazione al fine di inoltrare correttamente la disposizione di pagamento delle competenze, qualora Poste Italiane SPA comunichi la modifica delle stesse attraverso i concordati canali telematici. Tale modifica sarà comunicata nel cedolino delle competenze inviato all'interessato.

MODULO REVOCA DI ACCREDITAMENTO DEGLI STIPENDI ED ALTRI ASSEGGNI FISSI CONTINUATIVI IN C/C (art. 1, lett. b del D.P.R. 10.02.1984, n. 21)

Al Ministero dell'Interno

Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amm.ne
Civile e per le Risorse Strumentali e Finanziarie
Direz. Centrale per le Risorse Finanziarie e Strumentali
Area VII – Retribuzione del Personale Ministeriale
Via Cavour, 6 00184 ROMA

Il/La sottoscritt _____
nat _ a _____ il _____ iscrizione n. _____
(vedi cedolino busta paga) _____ in servizio
presso _____
Via _____ n. _____ CAP _____
con la qualifica di _____ tel. _____

CHIEDE

la revoca dell'accREDITAMENTO dello stipendio sul c/c n. _____ intestato
al/alla medesim__, presso _____
a decorrere dal mese di _____.

Firma

Roma,