

Si prega di compilare i seguenti moduli in stampatello

Al Ministero dell'Interno  
Albo Nazionale Segretari Com.li e Prov.li  
Piazza Cavour, 25  
00193 ROMA

Per il tramite della Prefettura Albo Reg.le Segr. Com.li e Prov.li Puglia

OGGETTO: Modello per il pagamento delle competenze stipendiali dei segretari in disponibilità.

## 1. DATI ANAGRAFICI

I sottoscritt _____:		
Cognome		
Nome		
Codice Fiscale		
Comune di nascita (o Stato esclusivamente per i nati all'estero)	Prov.	Data di nascita
Comune di residenza	Prov.	C.A.P.
Indirizzo (via, piazza, frazione, contrada)		Numero civico
Tel. fisso:		Tel. mobile:
E-mail:		

Recapito comunicazioni (da compilare solo nel caso in cui il recapito sia diverso dalla residenza)		
Presso		
Indirizzo (via, piazza, frazione, contrada)	Num. Civico	
Comune	Prov.	C.A.P.

## DICHIARA

### 2. DATI DI SERVIZIO

di essere iscritto nella Sezione Regionale	
a. _____	nella fascia professionale _____
di essere stato in servizio fino alla data ____ / ____ / ____ presso	
b. _____	Ultimo ente di titolarità

### 3.

## CHIEDE

il pagamento delle competenze stipendiali dal ____ / ____ / ____
--

**4. AI FINI DELLE RITENUTE FISCALI IRPEF CHIEDE L'APPLICAZIONE**

- dell'aliquota in base agli scaglioni d'imposta
- dell'aliquota fissa del \_\_\_\_\_ %;

**5. DICHIARAZIONE AL DATORE DI LAVORO PER USUFRUIRE DELLE DETRAZIONI D'IMPOSTA AI SENSI DELL'ART. 23 DEL D.P.R. N. 600/1973**

a. Stato civile:

- celibe/nubile
- coniugato/a
- divorziato/a
- separato/a legalmente ed effettivamente
- vedovo/a
- altro: \_\_\_\_\_

DICHIARA

b. di aver diritto alle detrazioni per lavoro dipendente  SI  NO

c. che il proprio nucleo familiare, oltre il sottoscritto, è composto come segue

_____	__/__/__	_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	misura ___%
Cognome e nome	Data di nascita	Parentela	Codice Fiscale_ obbligatorio	A carico	
_____	__/__/__	_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	misura ___%
Cognome e nome	Data di nascita	Parentela	Codice Fiscale_ obbligatorio	A carico	
_____	__/__/__	_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	misura ___%
Cognome e nome	Data di nascita	Parentela	Codice Fiscale_ obbligatorio	A carico	
_____	__/__/__	_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	misura ___%
Cognome e nome	Data di nascita	Parentela	Codice Fiscale_ obbligatorio	A carico	
_____	__/__/__	_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	misura ___%
Cognome e nome	Data di nascita	Parentela	Codice Fiscale_ obbligatorio	A carico	

Ai soli fini del calcolo delle detrazioni dichiara che il reddito complessivo annuo da considerare dovrà essere:

- il reddito di lavoro dipendente e/o assimilato erogato da codesto sostituto d'imposta;
- quello da me presunto pari ad € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

