

*Alla Camera dei deputati
Servizio per le competenze dei parlamentari*

**MODULO PER LA LIQUIDAZIONE DELLE COMPETENZE DA RAPPORTO DI
LAVORO SUBORDINATO**

1. DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____

dichiara sotto la propria responsabilità:

a) **luogo e data di nascita** _____

b) **codice fiscale** _____

c) **cittadinanza** _____

d) **residenza:**

comune _____ prov. _____ CAP _____

via _____ n. _____

telefono _____

e) **domicilio** (da compilare se diverso dalla residenza):

comune _____ prov. _____ CAP _____

via _____ n. _____

f) **stato civile:** coniugato/a celibe/nubile altro (specificare) _____

g) **titolo di studio** _____

f) **n. telef. cellulare** _____

2. MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il/La sottoscritto/a chiede il pagamento delle competenze mediante accredito sul conto avente codice IBAN (compilare in modo chiaro barrando eventuali zeri, inserendo 27 caratteri)

Banca _____ agenzia _____

comune _____

***Alla Camera dei deputati
Servizio per le competenze dei parlamentari***

4. SISTEMA PENSIONISTICO

Ai fini dell'applicazione dell'art. 2, comma 18, secondo e terzo periodo*, della legge 8 agosto 1995, n. 335, il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità di:

a) essere iscritto/a forme pensionistiche obbligatorie in data anteriore al 1° gennaio 1996 e di

avere optato per il sistema pensionistico contributivo;

non avere optato per il sistema pensionistico contributivo;

b) essere iscritto/a forme pensionistiche obbligatorie in data successiva al 31 dicembre 1995.

Roma,

firma _____

**Per i lavoratori, privi di anzianità contributiva, che si iscrivono a far data dal 1° gennaio 1996 a forme pensionistiche obbligatorie e per coloro che esercitano l'opzione per il sistema contributivo, ai sensi del comma 23 dell'art. 1, è stabilito un massimale annuo della base contributiva pensionabile pari a euro 105.014 (2022), con effetto sui periodi contributivi e sulle quote di pensione successivi alla data di prima assunzione, ovvero successivi alla data di esercizio dell'opzione. Detta misura è annualmente rivalutata sulla base dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, così come calcolato dall'ISTAT".

5. ISCRIZIONE INPS EX-INPGI – CASAGIT

Il/La sottoscritto/a chiede il versamento dei contributi previdenziali alla cassa

INPS ex-INPGI - categoria iscrizione (Pubblicista, Redattore, altro) _____

CASAGIT

Roma,

firma _____

***Alla Camera dei deputati
Servizio per le competenze dei parlamentari***

6. TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità di:

- avere manifestato**, in relazione a precedenti rapporti di lavoro, la volontà che il proprio trattamento di fine rapporto sia regolato secondo le disposizioni **dell'art. 2120 del codice civile** e:

- conferma** tale scelta nell'allegato modulo TFR 2;
 dispone che dalla data odierna sia conferito alla forma di **previdenza complementare** indicata nell'allegato modulo TFR 2;

oppure

- avere manifestato**, in relazione a precedenti rapporti di lavoro, la volontà che il proprio trattamento di fine rapporto sia conferito alla seguente forma di **previdenza complementare** _____

e conferma tale scelta nell'allegato modulo TFR 2;

oppure

- non aver manifestato** la propria volontà in relazione a precedenti rapporti di lavoro e di ricevere pertanto il modulo TFR 2 per la scelta della destinazione del trattamento di fine rapporto (in assenza di scelta entro 6 mesi dall'inizio del rapporto di lavoro il TFR dovrà essere versato d'ufficio al Fondo pensione Inps o di categoria).

Roma,

firma _____

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla Camera dei deputati – Servizio per le competenze dei parlamentari **qualsiasi variazione ai dati sopra dichiarati**.

Roma,

firma _____

*Alla Camera dei deputati
Servizio per le competenze dei parlamentari*

**8. TRASMISSIONE TRAMITE POSTA ELETTRONICA DELLA DOCUMENTAZIONE INERENTE IL
RAPPORTO DI LAVORO**

Il/La sottoscritto/a autorizza la Camera dei deputati alla trasmissione tramite posta elettronica dei cedolini paga, delle certificazioni fiscali e di altra documentazione inerente il proprio rapporto di lavoro con il deputato indicato al punto 3; comunica a tal fine il proprio indirizzo:

_____ @ _____

Esonera pertanto il deputato sopra indicato e la Camera dei deputati da ogni altro onere di consegna della medesima documentazione. Dichiara inoltre: di essere consapevole delle modalità e dei rischi connessi all'invio delle comunicazioni in oggetto tramite posta elettronica; di essere unico titolare della casella di posta elettronica sopra riportata e di avere l'accesso esclusivo alla stessa; di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni potenziale condizione o fatto che comporti un possibile rischio per la riservatezza dei propri dati personali (es. furto di credenziali); di esonerare la Camera dei deputati da qualsivoglia responsabilità per ogni eventuale danno derivante dalla richiesta modalità di comunicazione.

Roma, _____

firma _____

* * * * *

9. INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati in conformità alla normativa vigente (deliberazione dell'Ufficio di Presidenza n. 208 del 2004 e Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, recante regolamento generale sulla protezione dei dati - RGPD) ai sensi del Regolamento generale di protezione dei dati personali (RGPD UE 2016/679), anche con strumenti informatici, e che l'informativa è disponibile sulla Bachecca Pe.d.r.o.p.e., a piè di pagina di ogni pagina.

Roma, _____

firma _____

***Alla Camera dei deputati
Servizio per le competenze dei parlamentari***

DATI FISCALI

Il/La sottoscritto/a _____

1) dichiara sotto la propria responsabilità di avere diritto alle seguenti detrazioni IRPEF:

detrazioni connesse alla natura del reddito,

detrazioni di cui all'art. 13, commi 1 e 2, del Testo unico delle imposte sui redditi
(detrazioni da lavoro dipendente)

detrazioni per coniuge e familiari a carico (art. 12 del Testo unico delle imposte sui redditi):

TIPO FAMILIARE (*)	CODICE FISCALE	PERCENTUALE (50% o 100%)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(*) tipo familiare: Coniuge, figlio, 1°figlio in assenza del coniuge, figlio disabile, altro familiare.
(In caso di figli al di sotto dei 3 anni inviare copia del relativo codice fiscale).

oppure

2) Chiede che non siano applicate al proprio reddito le detrazioni IRPEF **(in alternativa al punto 1)**

3) Chiede l'applicazione dell'aliquota IRPEF unica del 35 % 43%

Roma, _____ firma _____

Allega copia di un documento di riconoscimento e della tessera sanitaria