



Gestione
Dipendenti Pubblici

Codice Fiscale

B R T G T N 6 7 S 6 6 L 2 2 0 I

Cod.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Eventuale indirizzo diverso dalla residenza)

Comune		Prov.		CAP																
Via/Piazza					n.															
Frazione																				
Presso																				
Pal.		sc.		int.		Telefono fisso*														
Cellulare*																				
E-mail*																				

E' cessato dal servizio per:

- | | |
|---|---|
| ☐ Limiti di età / servizio | ☐ Processi di mobilità |
| ☐ Termine contratto | ☐ Destituzione / licenziamento |
| ☒ Dimissioni | ☐ Decesso |
| ☐ Inabilità | |





Gestione
Dipendenti Pubblici

Codice Fiscale

B R T G T N 6 7 S 6 6 L 2 2 0 I

Cod.

□ □ □ □ □ □ □ □

Sezione A - Servizi

Dati relativi al rapporto di servizio:

Data inizio rapporto

1 5 / 0 9 / 2 0 1 4

Provvedimento del

0 9 0 9 2 0 1 4

Num.

S E R 0 1 1 0 5 / 1 4

Data fine rapporto

3 0 / 1 1 / 2 0 1 4

Provvedimento del

□ □ □ □ □ □ □ □

Num.

□ □ □ □ □ □ □ □

Data di iscrizione ai fini Tfr e Fondo credito*

□ □ / □ □ / □ □ □ □

Tipologia del rapporto

☒ Tempo determinato

☐ Tempo indeterminato

Orario di servizio

☒ Intero

☐ Part - time/orario ridotto

Assenze non retribuite

1)

Dal

□ □ / □ □ / □ □ □ □

Al

□ □ / □ □ / □ □ □ □

Sezione B - Retribuzione utile ai fini del TFR

Anno	Stipendio Tabellare	I.I.S.	Altre Indennità	13ma	Totale	Orario di servizio		Assenze non retrib.	
						Part time / orario ridotto ore	gg	gg	Cod
2 0 1 4									
gennaio					0,00	su			
febbraio					0,00	su			
marzo					0,00	su			
aprile					0,00	su			
maggio					0,00	su			
giugno					0,00	su			
luglio					0,00	su			
agosto					0,00	su			
settembre	1.633,34		92,57		1.725,91	su			
ottobre	1.633,34		92,57		1.725,91	su			
novembre	1.633,34		92,57	344,72	2.070,63	su			
dicembre					0,00	su			
Totali	4.900,02	0,00	277,71	344,72	5.522,45				





BRTGTN67S66L220I

Cod.

--	--	--	--	--	--	--	--

						Orario di servizio		Assenze non retrib.		
Anno	Stipendio Tabellare	I.I.S.	Altre Indennità	13ma	Totale	Part time / orario ridotto ore		gg	gg	Cod
gennaio					0,00		su			
febbraio					0,00		su			
marzo					0,00		su			
aprile					0,00		su			
maggio					0,00		su			
giugno					0,00		su			
luglio					0,00		su			
agosto					0,00		su			
settembre					0,00		su			
ottobre					0,00		su			
novembre					0,00		su			
dicembre					0,00		su			
Totalli	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00					



Gestione
Dipendenti Pubblici

Codice Fiscale

BRTGTN67S66L220I

Cod.

Sezione C - Riscatti -- La Sezione è stata eliminata

Sezione D - Situazione Debitoria -- La Sezione è stata eliminata

Sezione E. Beneficiari

☐ L'iscritto è deceduto in attività di servizio

☐ L'iscritto è deceduto dopo la cessazione dal servizio in data / /

Dati eredi / beneficiari

1)

Codice fiscale	
Cognome	
Nome	
Nato/a il	/ / Sesso ☐ M ☐ F
Comune	Prov.
Stato di nascita	

Residente in

Comune		Prov.		CAP		
Via/Piazza					n.	
Pal.		sc.		int.		
Frazione		presso				
Telefono fisso*		- Cellulare*				
Fax*						
E-mail*						
Grado di parentela						

Sezione F - Modalità di Pagamento

☐ Bonifico Domiciliato

* campi a compilazione non obbligatoria





Gestione
Dipendenti Pubblici

Codice Fiscale

B R T G T N 6 7 S 6 6 L 2 2 0 I

Cod.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ con accredito su C/C Bancario

☒ con accredito su C/C Postale

Paese	Cin Euro	Cin	ABI	CAB	N° Conto																				
I	T	1	2	U	0	7	6	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	7	6	1	3	4	5	6	8

Attenzione!

Al fine di poter effettuare correttamente l'accreditamento, La preghiamo di riempire tutti i campi di cui sopra sulla base delle coordinate riportate sull'estratto conto, utilizzando solo lettere maiuscole o numeri e non altri caratteri (es. * , ; - /). In particolare il numero del conto corrente bancario dovrà obbligatoriamente essere in 12 caratteri.

☐ con accredito su Carta Prepagata

☐ con accredito su Libretto Postale con IBAN

(Eventuale indirizzo diverso dalla residenza)

Comune											Prov.		CAP			
Via/Piazza											n.					
Frazione																
Presso																
Pal.		sc.		int.		Telefono fisso*										
Cellulare*							Fax*									
E-mail*																

Modugno 20/01/2015
Luogo e data



**M. RESPONSABILE
DEL SERVIZIO**
(*Dr.ssa Beatrice M. Zito*)
il Dirigente/il Funzionario incaricato



Gestione
Dipendenti Pubblici

Codice Fiscale

B R T G T N 6 7 S 6 6 L 2 2 0 I

Cod.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dichiarazione del dipendente

Dichiarazione del richiedente

Io sottoscritto/a

Codice fiscale

B R T G T N 6 7 S 6 6 L 2 2 0 I

Sesso ☐ M ☒ F

Cognome

BARTOLOMEO

Nome

GAETANA

Nato/a il

2 6 / 1 1 / 1 9 6 7 Stato di nascita ITALIA

Comune

TORITTO

Prov. B A

Residente in

Comune

TORITTO

Prov. B A

CAP

7 0 0 2 0

Via/Piazza

FAVARO

n. 11

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



Gestione
Dipendenti Pubblici

Codice Fiscale

B R T G T N 6 7 S 6 6 L 2 2 0 I

Cod.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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).

03.12.2014

Luogo e data

Firma del richiedente