



CITTA' DI MODUGNO
(Provincia di Bari)

SERVIZIO 1 – AFFARI GENERALI – PERSONALE

Prot.n.

Modugno, 15 luglio 2014



All'INPS
Gestione Dipendenti Pubblici
Sede Provinciale/Territoriale di Bari
Processo T.F.S./T.F.R.
Via Oberdan, n. 40/U

70126 BARI

e.p.c. Sig. Belladonna Vito
Vico XIV C.so V. Emanuele, n. 19
70128 PALESE (BA)

Oggetto: TFR1 sig. Belladonna Vito nato a Bari il 10/02/1970.

Per i conseguenziali adempimenti di Vs. competenza, in allegato alla presente si trasmette il modello TFR1 relativo al servizio prestato dal sig. Belladonna Vito nato a Bari (BA) il 10/02/1970, a tempo determinato, tempo part-time (20 ore settimanali) dal 17/12/2014 al 16/06/2014.

Cordiali saluti.



Il Responsabile
del Servizio Personale
(dr. Gianluigi Berardi)



Gestione
Dipendenti Pubblici

TFR 1

Protocollo Inps

Sede Provinciale/Territoriale di

Processo T.F.S./T.F.R. e P.C.

e p.c. al Sig./a

Cod.

FOI 88 PALESE (BA)

E' possibile compilare il modulo e stamparlo oppure stamparlo e completarlo scrivendo in stampatello, in modo leggibile

L'Amministrazione

Data

/ /

Prot. n.

Codice Fiscale dell'Amministrazione

Denominazione dell'Amm.ne

Sede di lavoro

Indirizzo

n.

Comune

Prov.

CAP

Telefono fisso

Fax

Comunica, ai fini della liquidazione del TFR, i dati relativi al dipendente:

Codice fiscale

Cognome

Nome

Nato/a il

/ /

Sesso ☒ M ☐ F

Comune

Prov.

Stato di nascita

Qualifica / livello

Residente in

Comune

Prov.

CAP

Via/Piazza

n.

Frazione

Presso

Pal. sc.

int.

Telefono fisso*

Cellulare*

Fax*

E-mail*





Gestione
Dipendenti Pubblici

Codice Fiscale

B L L V T I 7 0 B 1 0 A 6 6 2 Z

Cod.

(Eventuale indirizzo diverso dalla residenza)

Comune		Prov.		CAP	
Via/Piazza		n.			
Frazione					
Presso					
Pal. sc.		int.		Telefono fisso*	
Cellulare*				Fax*	
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 L L V T I 7 0 B 1 0 A 6 6 2 Z

Cod.

Sezione A - Servizi

Dati relativi al rapporto di servizio:

Data inizio rapporto

1 7 / 1 2 / 2 0 1 2

Provvedimento del

2 9 1 1 2 0 1 2

Num.

3 5 4 S E T 0 1

Data fine rapporto

1 6 / 0 6 / 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

(20 ore settimanali)

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	979,94		28,83		1.008,77	20	su	36			
febbraio	979,94		28,83		1.008,77	20	su	36			
marzo	979,94		28,83		1.008,77	20	su	36			
aprile	979,94		28,83		1.008,77	20	su	36			
maggio	979,94		28,83		1.008,77	20	su	36			
giugno	979,94		28,83	450,90	1.459,67	20	su	36			
luglio					0,00		su				
agosto					0,00		su				
settembre					0,00		su				
ottobre					0,00		su				
novembre					0,00		su				
dicembre					0,00		su				
Totale	5.879,64	0,00	172,98	450,90	6.503,52						



[illegible]

						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			
Totali				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00					





Gestione
Dipendenti Pubblici

Codice Fiscale

B L L V T I 7 0 B 1 0 A 6 6 2 Z

Cod.

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

☒ con accredito su C/C Bancario

	Paese	Cin Euro	Cin	ABI	CAB	N° Conto
Coordinate IBAN	I T	1 5	Z	0 2 0 0 8	0 4 0 3 0	0 0 0 1 0 1 5 3 3 8 0 1

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 C/C Postale

☐ 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 27/06/2014

Luogo e data



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Dott. Gianluigi BERARDI

il Dirigente/il Funzionario incaricato



Gestione
Dipendenti Pubblici

Codice Fiscale

B L L V T I 7 0 B 1 0 A 6 6 2 Z

Cod.

Dichiarazione del dipendente

Dichiarazione del richiedente

Io sottoscritto/a

Codice fiscale

B L L V T I 7 0 B 1 0 A 6 6 2 Z

Sesso ☒ M ☐ F

Cognome

BELLADONNA

Nome

VITO

Nato/a il

1 0 / 0 2 / 1 9 7 0 Stato di nascita ITALIA

Comune

BARI

Prov. B A

Residente in

Comune

BARI

Prov. B A

CAP

7 0 1 2 8

Via/Piazza

VICO XIV C.SO V.EMANUELE - PALESE

n. 19

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 L L V T I 7 0 B 1 0 A 6 6 2 Z

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).

2/06/14

Luogo e data

Firma del richiedente

porot. 33 % 81 ✓ 1 ^{seva}
Avviso di ricevimento Belledonne

☒ Raccomandata ☐ Pacco
☐ Assicurata Euro _____

14903529656 5
Numero

Data di spedizione 17 LUG. 2014 Dall'ufficio postale di 70026 MODUGNO (BA)

Destinatario ALLI IMPS. GESTIONE DIPENDENTI PUBBLICI

Via PROCESSO T. F. S. / T. F. R. Via OBERDAN, 40/V

C.A.P. 70126 Località BARI

I. N. P.
DIREZIONE PROVINCIALE BARI

21 LUG. 2014

Firma per esteso del ricevente
(Nome e Cognome)

Data

Firma dell'incaricato alla distribuzione

Bollo dell'ufficio
di distribuzione

Consegna effettuata ai sensi dell'art. 20 del D.L. 11.10.08.

- ☐ Invii multipli a un unico destinatario
☐ Sottoscrizione rifiutata

Posteitaliane



Avviso di ricevimento

EP2159/EP2160 - Mod. 23 I/P - MOD. 01304A - St. [4] Ed. 08/11

Da restituire a

Al Signor Sindaco di
[] [] [] []
70026 MODUGNA (BA)

