

10R11



**CITTA' DI MODUGNO**  
**(Provincia di Bari)**

**SERVIZIO 1 – AFFARI GENERALI – PERSONALE**



CITTA' DI MODUGNO  
CODICE IPA C\_F262  
PROTOCOLLO GENERALE

**Prot. 0060050**  
**del 23/12/2014**

Modugno, 22 dicembre 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.ra Chiumarulo Beatrice  
Lungomare C. Colombo, 316  
70127 Bari-Santo Spirito (BA)

Oggetto: TFR1 sig.ra Chiumarulo Beatrice nt. a Bari il 12/02/1974.

Per i conseguenziali adempimenti di Vs. competenza, in allegato alla presente si trasmette il modello TFR1 relativo al servizio prestato dalla sig.ra Chiumarulo Beatrice nt. a Bari il 12/02/1974, a tempo determinato, tempo pieno (36 ore settimanali) dal 15/09/2014 al 15/12/2014.

Cordiali saluti.



Il Responsabile  
del Servizio Personale  
(dott.ssa Beatrice Maggio)



CITTA' DI MODUGNO

CODICE IPA C\_F262

PROTOCOLLO GENERALE



Prot. 0060050

del 23/12/2014

Gestione  
Dipendenti Pubblici

## TFR 1

Protocollo Inps

Sede Provinciale/Territoriale di BARI

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

e p.c. al Sig./a

CHIUMARULO BEATRICE

Cod.

~~LUNGOMARE C. COLOMBO, 36 - 70127 BARI - SANTO SPIRITO~~

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

8 0 0 1 7 0 7 0 7 2 5

Denominazione dell'Amm.ne

COMUNE DI MODUGNO

Sede di lavoro

MODUGNO

Indirizzo

PIAZZA DEL POPOLO

n. 16

Comune

MODUGNO

Prov. B A

CAP

7 0 0 2 6

Telefono fisso

0 8 0 5 8 6 5 7 0 5

Fax

0 8 0 5 8 6 5 2 6 2

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

Codice fiscale

C H M B R C 7 4 B 5 2 A 6 6 2 U

Cognome

CHIUMARULO

Nome

BEATRICE

Nato/a il

1 2 / 0 2 / 1 9 7 4

Sesso ☐ M ☒ F

Comune

BARI

Prov. B A

Stato di nascita

ITALIA

Qualifica / livello

C 1 - ISTRUTTORE DI VIGILANZA

Residente in

Comune

BARI

Prov. B A

CAP

7 0 1 2 7

Via/Piazza

LUNGOMARE C. COLOMBO - S.SPIRITO

n. 316

Frazione

Presso

Pal.

sc.

int.

Telefono fisso\*

Cellulare\*

Fax\*

E-mail\*





Gestione  
Dipendenti Pubblici

Codice Fiscale

C H M B R C 7 4 B 5 2 A 6 6 2 U

Cod.

(Eventuale indirizzo diverso dalla residenza)

|                               |                      |       |                      |                 |                      |
|-------------------------------|----------------------|-------|----------------------|-----------------|----------------------|
| Comune                        | <input type="text"/> | Prov. | <input type="text"/> | CAP             | <input type="text"/> |
| Via/Piazza                    | <input type="text"/> |       |                      | n.              | <input type="text"/> |
| Frazione                      | <input type="text"/> |       |                      |                 |                      |
| Presso                        | <input type="text"/> |       |                      |                 |                      |
| Pal. <input type="text"/> sc. | <input type="text"/> | int.  | <input type="text"/> | Telefono fisso* | <input type="text"/> |
| Cellulare*                    | <input type="text"/> |       |                      | Fax*            | <input type="text"/> |
| E-mail*                       | <input type="text"/> |       |                      |                 |                      |

E' cessato dal servizio per:

- |                                                       |                                                       |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Limiti di età / servizio     | <input type="checkbox"/> Processi di mobilità         |
| <input checked="" type="checkbox"/> Termine contratto | <input type="checkbox"/> Destituzione / licenziamento |
| <input type="checkbox"/> Dimissioni                   | <input type="checkbox"/> Decesso                      |
| <input type="checkbox"/> Inabilità                    |                                                       |





Gestione  
Dipendenti Pubblici

Codice Fiscale

C H M B R C 7 4 B 5 2 A 6 6 2 U

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.

1 0 6 / 1 4 / S E R 1

Data fine rapporto

1 5 / 1 2 / 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<br>Tabellare | I.I.S.      | Altre<br>Indennità | 13ma          | Totale          | Orario di<br>servizio                | gg | Assenze<br>non retrib. |     |
|---------------|------------------------|-------------|--------------------|---------------|-----------------|--------------------------------------|----|------------------------|-----|
|               |                        |             |                    |               |                 | Part time /<br>orario ridotto<br>ore |    | 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              | 411,88        | 2.137,79        | su                                   |    |                        |     |
| dicembre      |                        |             |                    |               | 0,00            | su                                   |    |                        |     |
| <b>Totali</b> | <b>4.900,02</b>        | <b>0,00</b> | <b>277,71</b>      | <b>411,88</b> | <b>5.589,61</b> |                                      |    |                        |     |



Codice Fiscale

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C | H | M | B | R | C | 7 | 4 | B | 5 | 2 | A | 6 | 6 | 2 | U |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Cod. 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

☒ con accredito su C/C Bancario

|                 | Paese |   | Cin<br>Euro | Cin | ABI |   |   |   |   | CAB |   |   |   |   | N° Conto |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------|-------|---|-------------|-----|-----|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Coordinate IBAN | I     | T | 0           | 3   | H   | 0 | 7 | 0 | 1 | 2   | 4 | 0 | 0 | 0 | 0        | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 8 | 7 | 9 |

## 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\*

[illegible]

|         |  |
|---------|--|
| E-mail* |  |
|---------|--|

## IL RESPONSABILE

## DEL SERVIZIO

(Dr.ssa Beatrice MAGGIO)

il Dirigente/il Funzionario incaricato

Modello 22/12/2014





Gestione  
Dipendenti Pubblici

Codice Fiscale

C H M B R C 7 4 B 5 2 A 6 6 2 U

Cod.

### Dichiarazione del dipendente

#### Dichiarazione del richiedente

Io sottoscritto/a

Codice fiscale

C H M B R C 7 4 B 5 2 A 6 6 2 U

Sesso ☐ M ☒ F

Cognome

CHIUMARULO

Nome

BEATRICE

Nato/a il

1 2 / 0 2 / 1 9 7 4

Stato di nascita

ITALIA

Comune

BARI

Prov.

Residente in

Comune

BARI

Prov.

CAP

7 0 1 2 7

Via/Piazza

LUNGOMARE C. COLOMBO -S.SPIRITO

n. 316

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

CHMBRC74B52A662U

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).

Modugno 19/12/2014

Luogo e data

Firma del richiedente



Gestione  
Dipendenti Pubblici

Codice Fiscale

C H M B R C 7 4 B 5 2 A 6 6 2 U

Cod.

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

(Art.13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n.196, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali")

*L'INPS con sede in Roma, via Ciro il Grande, 21, in qualità di Titolare del trattamento, La informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire l'istanza e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse.*

*Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti.*

*I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'INPS e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto.*

*Il conferimento dei soli dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.*

*Una informativa più estesa sulla finalità e modalità dei trattamenti dei dati effettuati dall'INPS è consultabile sul sito istituzionale [www.inps.it](http://www.inps.it), ed è disponibile per gli utenti presso le strutture sul territorio.*

*L'INPS La informa, infine che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale anche per il tramite dell'agenzia stessa.*



Certifico apposta in mia presenza la firma del  
dichiarante (art.38, c.3 D.P.R. 445/2000)

**IL RESPONSABILE  
DEL SERVIZIO**

(*Dr.ssa Beatrice Maresca*)

Il funzionario addetto (timbro e firma)

prot. 60050 & S. R. S.

Avviso di ricevimento

BAKI CMP  
Poste

☒ Raccomandata

☐ Pacco

☐ Assicurata

Euro \_\_\_\_\_

07.01.15-92036261245

Numero  
Italiane

MODIGNO (BA)

Data di spedizione **23 DIC. 2014**

Dall'ufficio postale di

Destinatario **ALL' INPS - GESTIONE DIPENDENTI, ABBRICCIA**

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

C.A.P. **70126**

Località **BARI**

**30 DIC. 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 D.M. 01-10-08:

☐ invii multipli a un unico destinatario

☐ Sottoscrizione rifiutata



Poste Italiane

# Posteitaliane

Avviso di ricevimento

EP2159/EP2160 - Mod. 23 I/P - MOD. 01304A - SL(3) Ed. 08/11



Da restituire a

Al Signor Cirilaco di



~~XXXXXXXXXX (XX)~~

