



Spett.le AZIENDA SANITARIA LOCALE di PESCARA
UOSD Trattamento Economico del Personale
Via Renato Paolini, 47 – 65124 PESCARA

Se inoltra a mz PEC: protocollo.aslpe@pec.it

Se consegna a mano: Ufficio Protocollo-Direz. Generale

Oggetto: Dichiarazione per l'ESONERO dall'APPLICAZIONE della RITENUTA D'ACCONTO
(Modulo per Medici di Medicina Generale e Pediatri in Libera Scelta se nel diritto)

Il/la sottoscritto/a _____ matricola nr. _____

nato/a a _____ (____) il _____ cod.fisc. _____

residente a _____ (____) in Via _____ n. _____

in qualità di

M.M.G

P.L.S.

DICHIARA

cosciente della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, a norma dell'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, di assoggettare i compensi provenienti dalla propria attività professionale all'imposta sostitutiva prevista ai sensi dell'art. 1 comma 67 L. 190/2014 – Regime Iva dei contribuenti forfettari

e CHIEDE

l'esonero dall'applicazione della ritenuta di acconto sulla somma spettante.

(luogo e data)

(firma del Dichiarante)

Allegati: 1) Copia di un documento d'identità del sottoscrittore