



Spett.le
A. S. L. di PESCARA
UOC Trattamento Economico del Personale Dipendente e
Convenzionato
Via Renato Paolini, 45 – 65124 PESCARA

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

Se inoltra a mz Email: protocollogenerale@asl.pe.it

Se consegna a mano: **Ufficio Protocollo**

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____
nato/a _____ il ____/____/_____
Codice Fiscale _____, Tel. _____
dipendente di questa Azienda con la qualifica di _____

in relazione a quanto disposto dagli articoli 1 e 2 del D.L. n. 3/2020 e successive modificazioni

RICHIEDE

- la NON APPLICAZIONE del Trattamento integrativo Irpef per l'anno _____;
- l'APPLICAZIONE del Trattamento integrativo SOLO IN SEDE DI CONGUAGLIO;
- di MODIFICARE la precedente scelta e di APPLICARE MENSILMENTE il Trattamento integrativo o l'ulteriore detrazione.

A seguito di tale dichiarazione, il/la sottoscritto/a è altresì consapevole che l'Azienda interromperà le misure fiscali in questione, ove già applicate, e provvederà al recupero di quanto percepito in occasione delle operazioni di conguaglio di fine anno o di fine rapporto di lavoro se precedente al mese di dicembre del corrente anno.

Luogo e data

Firma

**Allegare alla presente un documento d'identità in corso di validità.*