

Il/La sottoscritto/a è altresì consapevole che l'Azienda interromperà la misura fiscale in questione, ove già applicata, e provvederà al recupero di quanto indebitamente percepito in occasione delle operazioni di conguaglio di fine anno o di fine rapporto di lavoro, se precedente al mese di dicembre.

In caso di mancata restituzione o di incompleta compilazione del presente modello, le somme previste dall'art. 1, del D.L 3/2020 saranno automaticamente calcolate sulla base di quanto previsto dalla normativa in vigore.

Luogo e data _____	Firma _____
---------------------------	--------------------

Il presente modulo, firmato e corredato da un documento di riconoscimento in corso di validità, deve essere trasmesso all'U.O.C. Trattamento Economico del Personale Dipendente, tramite posta elettronica alla casella: protocollogenerale@asl.pe.it