**SPETT.LE**

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**

**VIBO VALENTIA**

**Ufficio Stipendi**

**TRATTAMENTO INTEGRATIVO DEI REDDITI DI LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI E DELL’ULTERIORE DETRAZIONE FISCALE DI CUI AGLI ARTT. 1 E 2 DEL DL N. 3/2020 (art. 46 e 47 DPR n. 445/2000)**

Io sottoscritto/a…………………………………………………………. matricola……………………… nato/a ..…………………….……… il ……………………. dipendente dell’ASP di Vibo Valentia, in relazione all’applicazione delle disposizioni di cui agli artt. 1 e 2 del DL n. 3/2020 che prevedono l’erogazione del Trattamento integrativo dei redditi di lavoro dipendente e assimilati e dell’ulteriore detrazione fiscale,

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000,

**COMUNICO PER L’ANNO 2021 QUANTO SEGUE**

**richiedo la non applicazione** del Trattamento integrativo e dell’ulteriore detrazione fiscale.

richiedo l’applicazione del Trattamento integrativo ovvero dell’ulteriore detrazione fiscale **solo in** **sede di conguaglio**.

ai fini del calcolo del reddito complessivo per l’attribuzione delle detrazioni d’imposta di cui agli artt. 12 e 13, TUIR, del Trattamento integrativo di cui all’art. 1, DL n. 3/2020 e dell’ulteriore detrazione fiscale di cui all’art. 2, DL n. 3/2020, percepisco i seguenti altri redditi in aggiunta a quelli erogati da codesto datore di lavoro: euro ……………………………………………….

(luogo e data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_