



ALLEGATO 1

MODELLO DI ACCREDITO STIPENDIO E INQUADRAMENTO GIURIDICO

Il/La dipendente *Cognome* _____ *Nome* _____
Nato/a a _____ il _____,
C.F. _____ Tel./Cel _____
e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

Che le proprie competenze mensili vengano accreditate con decorrenza _____

Su c/c bancario _____

Su c/c postale _____

Intestato a _____
Banca _____ Agenzia di _____
Sede _____ Via _____
IBAN _____

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati sensibili di cui alla richiesta, ai sensi del GDPR 25/05/2018 che ha recepito il Regolamento UE 2016/679

FROSINONE, _____

FIRMA

ALLEGATO 2

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA DI CAUSE DI
INCOMPATIBILITÀ E INCONFERIBILITÀ AI SENSI DEL D.LGS. N. 39/2013 E
DELL'ART. 53 DEL D.LGS N. 165/2001 E S.M.I. E DEGLI INTERESSI FINANZIARI E
DEI CONFLITTI DI INTERESSE AI SENSI DEGLI ARTT. 5,6,7 E 8 DEL D.P.R. N.
62/2013 E DEL CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE
(Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)**

Il/La dipendente Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____, residente a _____
in Via _____
C.F. _____ Tel./Cel _____
e-mail _____ PEC _____

- Consapevole dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni che l'amministrazione precedente è tenuta ad effettuare ai sensi dell'art 71 del D.P.R. 445 del 2000 e delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 dello stesso D.P.R. 445 del 2000;
- Consapevole che ai sensi dell'art 20 comma 5, del D.Lgs 39/2013 la dichiarazione mendace comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui allo stesso decreto legislativo per un periodo di 5 anni e consapevole altresì della nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni del D.Lgs n. 39/2013

DICHIARA

l'insussistenza nei propri confronti di una delle cause di inconferibilità di cui al citato decreto ed in particolare;

Al fine delle cause di inconferibilità:

- Di non aver riportato condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del Titolo II del libro II del codice penale così come prevista dall'art. 3 del D.Lgs n. 39/2013;
- Di aver riportato le seguenti condanne penali:

Al fine delle cause di incompatibilità:

- Di non avere altri rapporti di impiego pubblico o privato;
- Di non trovarsi in nessuna delle situazioni richiamate dall'art 53 del D.Lgs 165/2001 e s.m.i.;
- Di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui al D.Lgs. 39/2013, in particolare all'art. 9 (cc. 1 e 2) e all'art. 12 (cc 1,2 e 3).

CON RIFERIMENTO ALLA COMUNICAZIONE DEGLI INTERESSI FINANZIARI E DEI CONFLITTI DI INTERESSE

DICHIARA

- Di appartenere non appartenere ad associazioni o organizzazioni anche senza fini di lucro, i cui ambiti di interessi o tipologia di attività possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio/servizio di assegnazione a prescindere dal loro carattere riservato o meno (ad esclusione dell'adesione a partiti politici o a sindacati). Specificare le associazioni/ organizzazioni in caso di appartenenza.

Denominazione Associazione/Organizzazione	Sede	Attività svolta	Carica Ricoperta

- Di avere e aver avuto non avere e di non aver avuto negli ultimi tre anni rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti o enti privati in qualunque modo retribuiti. Specificare i soggetti o enti privati con cui si ha avuto un rapporto di collaborazione.

Denominazione soggetto privato	Tipologia di rapporto di collaborazione retribuito	Periodo /gg/mm/aaaa)
		Da ___/___/___ al ___/___/___
		Da ___/___/___ al ___/___/___

A tal fine precisa

- Di avere non avere ancora rapporti finanziari con i soggetti con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione. Specificare :

Denominazione soggetto privato	Tipologia di rapporto di collaborazione retribuito	Annotazioni

- Che i sottoindicati interessati hanno ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione

Nome e Cognome	Rapporto con il dichiarante	Denominazione soggetto privato

- Di avere non avere parenti, affine entro il secondo grado, il coniuge o il convivente che esercitano attività politiche, professionali ed economiche che li pongano in contatti frequenti con il Servizio/ Struttura che il sottoscritto dirige;
- Di avere non avere partecipazioni azionarie o altri interessi finanziari che possano porre il sottoscritto in conflitto di interesse con la funzione pubblica chiamato/a a svolgere;

Il sottoscritto dichiara altresì di impegnarsi ad aggiornare le informazioni di cui alla presente comunicazione ogniqualvolta si determinano variazioni rilevanti e, comunque, con cadenza annuale ed è consapevole che alla dichiarazione di cui sopra sarà pubblicata sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente" (Art 20 cc. 2 e 3 del D.Lgs 39/2013)

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati sensibili di cui alla richiesta, ai sensi del GDPR 25/05/2018 che ha recepito il Regolamento UE 2016/679.

Firma

Luogo _____ data ___/___/___

ALLEGATO 3

**IMPOSTA SUL REDDITO DELLE PERSONE FISICHE
DICHIARAZIONE ANNO _____**

(art. 23 D.P.R. n. 600 e successive modificazioni)

Il /La sottoscritto/a			Qualifica/Posizione economica	Matricola
Luogo di nascita	Prov.	data di nascita	codice fiscale	
Comune di residenza		Via e numero civico		

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' di avere diritto, a norma degli ARTT. 12 e 13 del T.U. delle Imposte sui redditi, approvato con D.P.R. N. 917 del 22 dicembre 1986 e successive modificazioni, alle seguenti detrazioni:

(barrare solo le caselle che interessano)

<input type="checkbox"/> LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI rapportate al periodo di lavoro nell'anno					
<input type="checkbox"/> CONIUGE (i dati anagrafici o il codice fiscale DEVONO SEMPRE ESSERE INDICATI: se il coniuge è a carico e non possiede un reddito annuo superiore a € 2.840,51 annue, compilare anche i campi n. mesi a carico).					
Cognome e Nome		Codice Fiscale	N. mesi a carico		
<input type="checkbox"/> FIGLI A CARICO					
Cognome Nome e Data di nascita	Codice Fiscale	N. mesi a carico	50%	100%	Disabile
<input type="checkbox"/> Indicare se manca l'altro genitore					
<input type="checkbox"/> ALTRI FAMILIARI A CARICO					
Cognome Nome e Data di nascita	Codice Fiscale	N. mesi a carico	% spettante		
<input type="checkbox"/> Applicazione aliquota IRPEF più elevata %					
<input type="checkbox"/> Non applicazione del Credito art. 13 C.1-bis, del TUIR (bonus 80 euro) oppure					
<input type="checkbox"/> Solo in sede di conguaglio					

AVVERTENZE

Sono considerati a carico:

- il coniuge non legalmente ed effettivamente separato;
- i figli (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affilati o affidati) senza limiti di età anche se non conviventi con il dichiarante o residenti all'estero; (art. 12 del Tuir modificato dall'art. 47 del D.Lg. 446/97 - C.M. n. 3/E del 9/1/1998)
- ogni altra persona a carico (es. i nipoti, i genitori compresi quelli naturali e adottivi, generi e nuore, suoceri, fratelli e sorelle ed i nonni) purché conviventi con il dichiarante o percettori di assegni alimentari non stabiliti dall'autorità giudiziaria.

Si precisa che è considerato portatore di handicap la persona riconosciuta tale ai sensi della legge 5 febbraio 1992 n. 104

FIGLI A CARICO: la detrazione è ripartita nella misura del 50 per cento tra i genitori non legalmente ed effettivamente separati ovvero, previo accordo tra gli stessi spetta al genitore che possiede un reddito complessivo di ammontaro più elevato (nel caso in cui il genitore con reddito più basso non riesce a recuperare l'intero importo della detrazione spettante). In caso di separazione legale ed effettiva o di annullamento, scioglimento o cessazione degli effetti civili del matrimonio, la detrazione spetta, in mancanza di accordo, al genitore affidatario.

Se l'altro genitore manca o non ha riconosciuto i figli naturali e il contribuente non è coniugato, o se coniugato si è successivamente legalmente separato ovvero se vi sono figli adottivi o affilati del solo contribuente e questi non è coniugato o, se coniugato si è successivamente legalmente o effettivamente separato, la detrazione prevista per il coniuge si applica al primo figlio e per gli altri figli si applica la detrazione ordinariamente prevista per questi ultimi. La mancanza del coniuge che dà luogo alla concessione della detrazione speciale si verifica nelle seguenti specifiche ipotesi: (partendo dalla premessa che il lavoratore contribuente non sia coniugato o sia legalmente separato) a) quando l'altro genitore è deceduto; b) quando l'altro genitore non ha riconosciuto i figli naturali; c) quando vi sono figli adottivi, affilati del solo contribuente; d) quando da certificazione dell'autorità giudiziaria risulti lo stato di abbandono del coniuge.

Dal 2019, un figlio può essere considerato fiscalmente a carico del genitore se il suo reddito: a) non supera 4mila euro annui, fino ai 24 anni b) non supera 2.840,51 euro annui, dopo : 24 anni.

ALTRE PERSONE A CARICO: Si considerano altre persone a carico i soggetti indicati all'art. 433 del C.C. e diversi da quelli menzionati ai precedenti punti, che:

- convivano con il contribuente o percepiscano assegni familiari non risultanti da provvedimenti dell'autorità giudiziaria; genitori (in loro mancanza gli ascendenti prossimi), adottanti, generi, nuore, suoceri, fratelli e sorelle germani e unilaterali, nipoti, coniuge separato o divorziato che percepisca alimenti. Genitori adottanti, nonni, generi, nuore, suoceri, fratelli, sorelle, nipoti e figli maggiorenni che non rientrano nei precedenti punti.

In tutte le fattispecie, i suddetti familiari sono considerati a carico solo se il loro reddito complessivo non supera Euro 2.840,51.

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE EVENTUALI VARIAZIONI ALLA SITUAZIONE DICHIARATA

Frosinone, _____

ALLEGATO 4

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER L'ASSUNZIONE A TEMPO PRESSO L'ASL FROSINONE

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 DPR 28/12/2000 n. 445)

Il/La dipendente Cognome Nome Nato/a a il C.F. Tel./Cel e-mail PEC

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di accettare l'incarico di SI NO

Di essere in possesso del seguente titolo di studio Di essere in possesso del seguente titolo professionale

Di accettare l'incarico a tempo presso l'Asl Frosinone.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) e successive modifiche e che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data, IL DICHIARANTE

successivamente legalmente o effettivamente separato, la detrazione prevista per il coniuge si applica al primo figlio o per gli altri figli si applica la detrazione ordinariamente prevista per questi ultimi. La mancanza del coniuge che dà luogo alla concessione della detrazione speciale si verifica nelle seguenti specifiche ipotesi: (partendo dalla premessa che il lavoratore contribuente non sia coniugato o sia legalmente separato) a) quando l'altro genitore è deceduto; b) quando l'altro genitore non ha riconosciuto i figli naturali; c) quando vi sono figli adottivi, affiliati del solo contribuente; d) quando da certificazione dell'autorità giudiziaria risulta lo stato di abbandono del coniuge. Dal 2019, un figlio può essere considerato fiscalmente a carico del genitore se il suo reddito: a) non supera 4mila euro annui, fino ai 24 anni b) non supera 2.840,51 euro annui, dopo 24 anni. ALTRE PERSONE A CARICO: Si considerano altre persone a carico i soggetti indicati all'art. 433 del C.C. o diversi da quelli menzionati ai precedenti punti, che: -convivano con il contribuente o percepiscano assegni familiari non risultanti da provvedimenti dell'autorità giudiziaria; genitori (in loro mancanza gli ascendenti prossimi), adottanti, generi, nuore, suoceri, fratelli e sorelle germani e unilaterali, nipoti, coniuge separato o divorziato che percepisca alimenti, Genitori adottanti, nonni, generi, nuore, suoceri, fratelli, sorelle, nipoti e figli maggiorenni che non rientrano nei precedenti punti. In tutte le fattispecie, i suddetti familiari sono considerati a carico solo se il loro reddito complessivo non supera Euro 2.840,51. IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE EVENTUALI VARIAZIONI ALLA SITUAZIONE DICHIARATA

Frosinone,

FIRMA DEL DICHIARANTE

ALLEGATO 5**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIO**

(Ai sensi degli artt. 46-47 D.P.R. 445/00)

III/ La dipendente *Cognome* _____ *Nome* _____, Matr. _____
 Nato/a a _____ il _____, residente a _____
 in Via _____ in servizio presso _____ con
 sede in _____ Via _____ in
 qualità di _____
 C.F. _____ Tel./Cel _____ e-mail/PEC _____

DICHIARA~~1) di aver conseguito i seguenti titoli di studio:~~

- a) A.A. ___/___ Titolo: _____
 presso _____ voto ___/___;
- b) A.A. ___/___ Titolo: _____
 presso _____ voto ___/___;
- c) A.A. ___/___ Titolo: _____
 presso _____ voto ___/___;
- d) A.A. ___/___ Titolo: _____
 presso _____ voto ___/___;

e di aver effettuato il riscatto della laurea per un totale di n. ___ anni;

2) di aver conseguito i seguenti titoli di aggiornamento:

- a) Data ___/___/___ Titolo: _____ presso _____
 _____;
- b) Data ___/___/___ Titolo: _____ presso _____
 _____;
- c) Data ___/___/___ Titolo: _____ presso _____
 _____;
- d) Data ___/___/___ Titolo: _____ presso _____
 _____;

3) di aver prestato i seguenti servizi presso **STRUTTURE PUBBLICHE / PRIVATE**

ENTE / SEDE	Qualifica	Dal	Al	Periodo Tot. (anni)
		__/__/__	__/__/__	__
		__/__/__	__/__/__	__
		__/__/__	__/__/__	__
		__/__/__	__/__/__	__
		__/__/__	__/__/__	__
TOTALE ANNI DI ANZIANITA' DI SERVIZIO PRECEDENTE ALL'ATTUALE RUOLO DI APPARTENENZA				__

4) di aver assunto effettivo servizio nel ruolo di attuale appartenenza in data __/__/__ per effetto di _____;

5) di aver usufruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:

e di avere, quindi, un'anzianità di servizio, escluso l'anno in corso, di n. _____ anni.

Inoltre,

si allegano le seguenti copie conformi all'originale in mio possesso, ai sensi art. 19 D.P.R. 445 del 28/12/2000:

- 1) Documento di identità;
- 2) contenuto del punto n. __: _____;
- 3) contenuto del punto n. __: _____;
- 4) contenuto del punto n. __: _____;
- 5) contenuto del punto n. __: _____;

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni previste per coloro che rendono attestazioni false e mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie indicate sono complete e veritiere, fermo restando che questa P.A. si riserva il diritto di chiedere informativa ai sensi del combinato disposto degli artt. 43 e 71 del DPR 445/2000.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati sensibili di cui alla richiesta, ai sensi del GDPR 25/05/2018 che ha recepito il Regolamento UE 2016/679.

FROSINONE, _____

_____ **FIRMA**

FONDO DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE PERSEO - SIRIO

INFORMATIVA AI DIPENDENTI ASSUNTI DAL 17/09/2021

(Art. 4 dell'Accordo del 16/09/21 sulla regolamentazione inerente alle modalità di espressione delle volontà di adesione al Fondo di previdenza complementare Perseo Sirio, anche mediante forme di silenzio-assenso)

Gentile dipendente,

ha da poco iniziato a lavorare nella P.A., un lavoro importante perché rivolto all'intera comunità. Nel suo contratto di lavoro è previsto il Fondo di previdenza complementare denominato Perseo Sirio che, a fronte di un contributo minimo obbligatorio a carico del lavoratore pari al 1% della retribuzione lorda utile al Tfr, oltre agli accantonamenti del Tfr maturati dopo l'adesione, comprende un contributo della sua Amministrazione pari all'1%, anch'esso calcolato sulla stessa base retributiva succitata. Numerosi sono gli ulteriori vantaggi, quali i costi ridotti, la deducibilità fiscale dei contributi versati, la tassazione agevolata sui rendimenti e soprattutto sulle prestazioni.

La mettiamo a conoscenza che, in base a quanto stabilito dall'art. 4 dell'Accordo del 16/09/2021, che regola le modalità di adesione al Fondo Perseo Sirio, dal momento dell'assunzione ha l'opportunità di iscriversi al Fondo di categoria, e ha sei mesi di tempo per informarsi e valutare i vantaggi del Fondo consultando la brochure esplicativa allegata e la sezione dedicata sul sito di Perseo Sirio al seguente link <https://neoassunti.fondoperseosirio.it/>

Può decidere di iscriversi a Perseo Sirio seguendo le indicazioni contenute nella sezione dedicata all'adesione sul sito del Fondo, oppure, può esplicitare il suo diniego, compilando il modulo per la manifestazione della volontà di non adesione (allegato alla presente) da restituire debitamente sottoscritto alla ASL Frosinone secondo le seguenti modalità:

- protocollo generale, pec all'indirizzo:
protocollo@pec.aslfrosinone.it
- e mail all'indirizzo:
fondo.perseo@aslfrosinone.it

Trascorso il predetto termine di 6 mesi, se non avrà effettuato alcuna scelta, sarà iscritto per silenzio assenso. Il Fondo provvederà ad informarla e le comunicherà che dalla data della predetta comunicazione avrà a disposizione ulteriori 30 giorni per poter recedere dall'adesione "silente".

Nell'augurarci che lei voglia cogliere quest'importante opportunità di rafforzamento del suo risparmio previdenziale,

Le porgiamo cordiali saluti.

UOC AMMINISTRAZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

“NON ADESIONE a Fondo Perseo - Sirio ”

(Ai sensi dell'art. 4, dell'Accordo del 16/09/2021 sulla regolamentazione inerente alle modalità di espressione delle volontà di adesione al Fondo di previdenza complementare Perseo Sirio, anche mediante forme di silenzio-assenso, ed alla relativa disciplina di recesso del lavoratore)

Al Direttore U.O.C. Sviluppo e
Valorizzazione delle Risorse
Umane
Dott. Brusca Vincenzo
risorse umane@pec.aslfrosinone.it

Il/la sottoscritto/a _____
qualifica professionale _____
in servizio presso _____
dal _____

dando atto di aver ricevuto l'informativa sulle modalità di adesione al Fondo Perseo – Sirio, come previsto dall'accordo sulle modalità di adesione al predetto Fondo sottoscritto in data 16 settembre 2021,

MANIFESTA LA VOLONTA'

di NON adesione al Fondo Perseo Sirio

Conseguentemente, chiede che il proprio nominativo NON SIA COMUNICATO al Fondo Perseo Sirio tra gli iscritti con la modalità del silenzio – assenso.

Luogo e Data

In fede
