

ALLEGATO B

FAC SIMILE

AUTOCERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO STIPENDIALE E RELATIVO ATTO DI BENESTARE

Io sottoscritto/a.....CF.....

Dipendente dell'Amministrazione Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, con sede in Milano, Via Venezian n. 1, CF 80018230153, PI 04376350155,

avendo formulato richiesta alla Società di un finanziamento contro cessione del quinto dello stipendio/salario, dichiaro quanto segue:

1. ad oggi presto servizio effettivo presso l'Amministrazione sopra indicata dal giorno con nomina
 a tempo indeterminato a tempo determinato con scadenza al
e qualifica di
2. attualmente non sono sottoposto a provvedimenti disciplinari, penali, accertamenti sanitari, provvedimenti o pratiche amministrative di carattere generale e/o sindacale da cui possa derivarne l'esonero o la sospensione dal servizio, oppure la diminuzione anche temporanea dell'assegno mensile di seguito indicato;
3. percepisco una retribuzione fissa e continuativa annua lorda di € pari a mensili lordi € che al netto delle ritenute previdenziali, fiscali e sindacali si riduce a mensili €

su detto importo gravano le seguenti ritenute:

- per alimenti dovuti per legge €.....
 - per cessione stipendio in corso con..... €.....
 - per altri prestiti in corso con €.....
 - per pignoramento €.....
- €..... TOTALE €.....
TOTALE NETTO €.....

4. Risulta attualmente in essere un precedente contratto di prestito verso cessione con..... residuo debito di n..... quote mensili di € ciascuna, per complessivi € (.....).
IN LETTERE
5. Risulta attualmente in essere un precedente contratto di prestito verso delegazione di pagamento con..... residuo debito di n..... quote mensili di € ciascuna, per complessivi € (.....).
IN LETTERE

L'indennità di fine rapporto riportata sull'ultimo CUD disponibile è pari ad €, per la cui erogazione è competente in via esclusiva l'INPDAP ai sensi di legge.

Io sottoscritto, assumendo la piena responsabilità dei dati e delle notizie riportate, ne confermo l'assoluta esattezza.

FIRMA DEL DICHIARANTE

....., li.....

.....

ATTO DI BENESTARE

Con riferimento a quanto dichiarato dal nd. dipendente, sig./sig.ra

CF....., **ATTESTIAMO in tale sede la piena rispondenza dei dati precedentemente riportati.**

Provvederemo a dare piena e regolare attuazione alla normativa di cui al T.U. 180/50, al Regolamento 895/50 e s.m.i., secondo quanto convenuto nella convenzione stipulata con la Vs. spettabile società in data..... (provvedimento).

Conseguentemente, la quota ceduta di €.....verrà trattenuta mensilmente ed ininterrottamente, a decorrere dal mese successivo la notifica del contratto di finanziamento al ns. dipendente e versata alla a decorrere dal al, fino a completa estinzione del debito residuo pari a complessivi €

Il versamento mensile verrà eseguito con bonifico bancario sul conto corrente presso intestato a codice IBAN

Questa Amministrazione effettua le trattenute entro al massimo il terzo mese successivo alla notifica del contratto. Le eventuali rate già scadute sono recuperate mediante l'applicazione di una ritenuta aggiuntiva mensile per il tempo necessario al recupero dei mesi arretrati.

E' espressamente esclusa ogni e qualsiasi responsabilità e/o garanzia di questa Amministrazione in ordine al buon esito dell'operazione di finanziamento nel suo complesso ed alla singola trattenuta, in ordine ad eventuali situazioni di inadempienze da parte del Dipendente nonché per fatti dipendenti da azioni giudiziarie afferenti le retribuzioni.

In particolare, l'Amministrazione non è responsabile per ritardi, nell'esecuzione delle trattenute, dovuti a notifiche erroneamente realizzate od indirizzate con modalità diverse da quelle previste tra le parti.

Questa Amministrazione, al fine di poter ricevere comunicazioni inerenti il finanziamento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 23 D. Lgs. 196/2003 s.m.i., presta il consenso all'utilizzo del proprio indirizzo di posta elettronica, di seguito riportato:

La validità del presente Benestare è subordinata all'estinzione totale dei seguenti impegni:
.....
.....

La presente dichiarazione è rilasciata in duplice copia ai sensi e per gli effetti dell'art. 57 DPR 895/50.

TIMBRO E FIRMA DEL DATORE DI LAVORO

....., li.....

nel caso in cui le informazioni riportate non fossero corrette o fossero incomplete, la pagina verrà barrata e restituita insieme all'allegato nuovo certificato di stipendio, compilato e sottoscritto.

IL CONTRATTO DOVRA' ESSERE NOTIFICATO PRESSO LA SEDE DI
VIA N..... CAP..... (TEL.....)

FAC SIMILE

FAC SIMILE