

Data: 13/11/12

Regione Campania
Area 19 - Piano Sanitario Regionale
e Rapporti con la AA.SS.LL.
Settore Aggiornamento e Formazione
del Personale
Centro Direzionale, Isola C 3
80143 NAPOLI

e, p.c.
Dott. Raffaele Falciano
Via Matteotti, 42
84087 SARNO (SA)


Regione Umbria

Giunta Regionale

Prot. N

REGIONE UMBRIA – Giunta regionale –

Prot. Uscita del 21/11/2012
nr. 0171311
Classifica: XIX.7



**Oggetto: Corso di formazione specifica
in Medicina Generale 2010/2013.
Richiesta trasferimento Dott. Raffaele
Falciano**

GIUNTA REGIONALE

Direzione Regionale
Salute, coesione sociale e società
della conoscenza

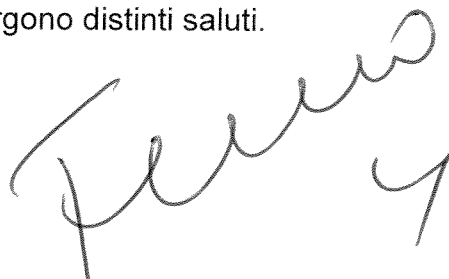
In riferimento alla Vs nota, prot. 0709413 del 28 settembre u.s.,
concernente l'argomento di cui all'oggetto, si comunica quanto segue:

- ♦ il Dott. Falciano è stato ammesso a partecipare al corso di formazione di cui all'oggetto ai sensi della Determinazione Dirigenziale 30/11/2010, n. 10197 di approvazione della graduatoria definitiva regionale (d.g.r. n. 196/2010 di approvazione del bando di concorso);
- ♦ il Dott. Falciano ha iniziato il corso regolarmente il 30/11/2010 presso l'Azienda USL n. 4 di Terni.

Con la presente, si trasmette la documentazione richiesta, con particolare riguardo alle attività teoriche e pratiche svolte dal Dott. Falciano dal 30/11/2010 al 10/11/2012, e si resta in attesa delle determinazioni che codesto Dipartimento intenderà adottare.

Si resta a disposizione per qualsiasi chiarimento e si porgono distinti saluti.

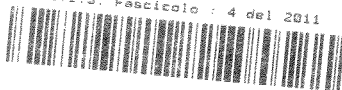
Il Dirigente
Dr. Riccardo Brugnatta

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2012. 0878544 28/11/2012
Mittente : REGIONE UMBRIA

Assegnatario : Aggiornamento e formazione del personale
Classifica : 19.1.9. Fascicolo : 4 del 2011



AMF

www.regione.umbria.it

AZIENDA SANITARIA REGIONE DELL'UMBRIA

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 4

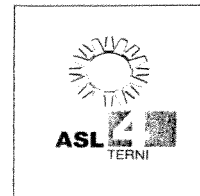
Sede legale: V.le Bramante, 37 - 05100 TERNI

Centralino 0744/2041

C.F. / P. IVA 00679260554

Prot. n. 0108779

30/10/2012



Alla Dr.ssa Alesiana Coltorti
Resp.le della Sezione
Regione Umbria
Via Mario Angeloni n.61
06124 Perugia

REGIONE UMBRIA - GIUNTA REGIONALE			
Protocollo	Entrata	Uscita	Chiusura
Data di arrivo - 6 NOV. 2012			Visto
Ambito Coord.	Regione		
Copia a			

Handwritten signature/initials.

OGGETTO: trasferimento dei medici tirocinanti del Corso di formazione specifica in Medicina Generale triennio 2011/2014 e 2010/2013 Dott.ssa Alessandra Tomasi e Dott.Raffaele Falciano

Si riscontra con la presente le Vostre note Prot.n.0150964 e Prot.0148453 rispettivamente del 8/10/2012 e 12/10/2012 per precisare quanto segue:

Alla Dott.ssa Alessandra Tomasi è stata a tutt'oggi corrisposta nell'anno 2012 la somma complessiva di € 9.669,40

Al Dott.re Raffaele Falciano è stata a tutt'oggi corrisposta nell'anno 2012 la somma complessiva di € 9.669,40

Si rimane in attesa di conoscere la data di effettivo trasferimento dei sanitari sopra indicati al fine di una corretta corresponsione degli emolumenti.

Cordiali saluti

REGIONE UMBRIA - Giunta regionale -

Prot.Entrata del 06/11/2012
nr.0163713
Classifica:XIX.7



Resp.U.O. Amm.ne del Personale
Dr.Maria Carla Cimato

Il Funzionario Istruttore
Dr.ssaFabrizia Ciocchetti
0744-204862 329-1214093

Handwritten signature: Fabrizia Ciocchetti

Regione Umbria
Giunta Regionale

La presente copia, composta di n.
facciat.e... è conforme all'originale.

Perugia, 18/11/2012
SU DELEGA DEL DIRIGENTE
IL RESPONSABILE SEZIONE
Alesiana Coltorti

Cognome..... **FALCIANO**
Nome..... **RAFFAELE**
nato il..... **18/07/1981**
(att. n. **890** I A **1981**)
VELLETRI (RM) S.....
a.....
Cittadinanza..... **ITALIANA**
Residenza..... **SARNO**
Via..... **MATTEOTTI N. 42**
Stato civile..... **STUDENTE**
Professione.....
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
Statura..... **M. 1,76**
Capelli..... **CASTANI**
Occhi..... **CELESTI**
Segni particolari..... **NESSUNO**




ASSIMEDICI
 CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

del 1928... una storia che continua...

 20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20
 Chiamata Gratuita 800.91.73.33
 Tel. 02.48.00.44.77 - Fax 02.48.00.94.47
 www.assimedicli.it - info@assimedicli.it
 Iscrizione R.U.I. 8000166657

CERTIFICATO N° 4410 RC Professionale
 Polizza convenzione n° 799/7011297 stipulata tra Od Service e Faro Assicurazioni S.p.A.

ADERENTE/ASSICURATO				N. TELEFONO
COGNOME / NOME - RAGIONE SOCIALE - FALCIANO RAFFAELE				
DOMICILIO/ SEDE LEGALE VIA NUM VIA CAMPOMICCIOLO, 21			LOCALITA' COMUNE TERNI	PROV. (TR) 05100
CODICE FISCALE FLCRFL81L18L719I	PARTITA I.V.A. 04769130651	DATA DI NASCITA 18/07/1981	COMUNE DI NASCITA VELLETRI	PROV. (RM)

MASSIMALI DI GARANZIA PER SINISTRO E PER ANNO				
RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI (R.C.T.)			RESPONSABILITA' CIVILE VERSO PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)	
PER SINISTRO € 2.000.000,00	PER PERSONA € 2.000.000,00	PER DANNI A COSE € 2.000.000,00	PER SINISTRO € 2.000.000,00	PER OGNI PRESTATORE DI LAVORO € 2.000.000,00

PREMIO ED ELEMENTI RELATIVI					
PREMIO PER RATEO O RATA INIZIALE	PER LE RATE SUCCESSIVE	DECORRENZA GARANZIA DALLE ORE 24 DEL	DATA PROSSIMA QUETANZA	SCADENZA POLIZZA	FRAZIONAMENTO
€ 217,00	€ 200,00	30/11/2010	31/12/2011	31/12/2014	ANNUALE

ATTIVITA' ASSICURATA : MEDICO MEDICINA GENERALE

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

 F) SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA (ex Servizio 118) NO
 G) NEOLAUREATI SI

Nel caso in cui il presente certificato ne sostituisca altro emesso dalla Società, fanno fede le dichiarazioni dell'Assicurato presenti nel certificato sostituito. Si precisa che la presente polizza è disdettabile dall'Assicurato, nei termini previsti dall'articolo 8 delle CGA, alla prossima scadenza annuale.

Prendo atto che l'operatività delle garanzie è subordinata all'effettivo pagamento del premio e decorre dalle ore 24 della data del pagamento o da quella della decorrenza se posteriore.

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione del fascicolo informativo contenente: condizioni generali di assicurazione della polizza collettiva 7011297 stipulata tra Od Service e Faro Assicurazioni, nota informativa della compagnia, informativa sulla privacy, modelli 7A e 7B, informativa sull'adeguatezza del contratto offerto.

L'ADERENTE/ASSICURATO _____

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE/ASSICURATO

Al sensi e per gli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c., dichiaro di accettare specificatamente gli artt. 2 (Altre assicurazioni) - 7 (Recesso in caso di sinistro) - 10 (Fore competente) - 22 (Esclusioni) - 6 (Obblighi in caso di sinistro) del contratto assicurativo in forma collettiva n. 7011297 stipulato tra Od-Service e Faro Assicurazioni. Dichiaro altresì di accettare la normativa di cui all'art. 25 del predetto contratto che regola l'inizio ed il termine della garanzia in deroga al 1° comma dell'art. 1917 c.c.

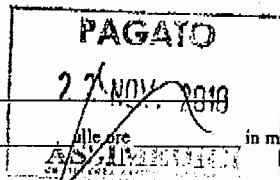
Polizze in corso per lo stesso rischio: NESSUNA

Precedente assicurazione: NESSUNO

Sinistri negli ultimi 5 anni: NESSUNO

L'ADERENTE/ASSICURATO _____

L'importo di € 217,00 è stato pagato oggi _____



in mie mani. L'Agente/Esattore _____

L'INTERMEDIARIO /AGENZIA FARO/799 Vogliotti Servizi SRL



Faro Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A.
 Cap. Soc. € 32.877.371,74 i.v. - C.C.I.A.A. RM 1189359 - Cod. Fisc. e Part.IVA: 0276560103
 Imp. Aut. Esclus. delle Assicurazioni nei Paesi Bassi con Decreto Min. Industria, Commercio ed
 Artigianato del 28 luglio 1992 n. 19775 (G.U. D.13/8/92)
 Società soggetta alla direzione e coordinamento del capogruppo assicurativo Mediaset S.p.A.

Direzione Generale
 16121 Genova - Piazza Principe 734 - Tel. 010 8395000 - Fax 010 8395005
 Sede Legale e Direzione Commerciale
 00197 Roma - Viale Parioli 115 - Tel. 06 8079767 - Fax 06 8066336
 www.farogroup.it - info@farogroup.it - info.roma@farogroup.it



GRIPPO BANCA CARIGE

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

PERSONA - Modulo Primo

п. 801110675

H

cod.ramo	cod.s/ramo	cod. prodotto	codice agenzia	denominazione	sub agenzia	convenzione	cod. cliente
70	1	47004	37	MONZA GENERALE	16		204990694

DATI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

cognome e nome / denominazione sociale / ragione sociale	titolo/tipo società	cod.professione	codice fiscale/partita IVA	
FALCIANO RAFFAELE	000	31	FLCRFL81L18L719I	
Indirizzo (via, n. civico)	c.a.p.	località	provincia	
VIA CAMPOMICCIOLO 21	05100	TERNI	TR	

DATI DELLA POLIZZA

effetto ore 24 del 30/11/2010	scadenza ore 24 del 30/11/2011	durata: anni: 1 mesi: giorni:	frazionamento ANNUALE	scadenza prima rata 30/11/2011	indicizzazione
sostituisce polizza n.	sostituisce polizza n.	sostituisce polizza n.	ns. quota 100	rischio comune	

ELENCO PERSONE ASSICURATE

N.	Cognome o Nome	Sesso	Data di nascita	Cod.Profess.	Classe	Descrizione professione principale e secondaria
1	FALCIANO RAFFAELE	M	18/07/1981	126	A	MEDICI
2						
3						
4						

CAPITAL ASSICURATI

Codice rischio 170000

N.	Morte	Invalidità Permanente	Inabilità Temporanea	Rimborso Spese Mediche	Indennità da Ricovero	Condizioni Aggiuntive
1	104.000,00	104.000,00				
2						
3						
4						

Clausole particolari:

Allegati:

PREMIO

	netto	accessori	imposta	totale
alla firma	169,11	33,82	5,07	208,00
rate successive	169,11	33,82	5,07	208,00

DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE

L'Assicurazione Infortuni" è prestata in conformità alle norme che regolano sia l'Assicurazione in generale che il Modulo contrattuale CA51032 ed. 05/06, che il Contraente riceve contestualmente alla firma di questa scheda, dichiarando di ben conoscere

CARICASSICURAZIONI S.p.A.

ASSIMEDICI.
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI
dal 1928... una storia che continua...

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20
Chiamata Gratuita 800.91.73.33
Tel. 02.48.00.46.77 - Fax 02.48.00.94.47
www.assimedici.it - Info@assimedici.it
Iscrizione R.I.I. 8000166657

Il Contraente

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 C.C., il sottoscritto dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli della "Condizioni Assicurative", stampate sul mod. contrattuale CA51032 ed. 05/06: Art. 8 - Facoltà di recesso in caso di sinistro; Art. 9 - Proroga dell'assicurazione; Art. 23 - Altre assicurazioni; Art. 31 - Controversie - Arbitrato Irrituale.

Il Contraente

Il Contraente dichiara di aver ricevuto dalla Società preventivamente alla sottoscrizione del presente contratto di assicurazione, la "Nota Informativa" redatta ai sensi e per gli effetti dell'art. 123 D. Lgs. n. 175 del 17.3.95.

El Contraente

Il Contraente, dopo aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 ed aver preso visione dei diritti attribuiti dall'art. 7 del Decreto Legislativo stesso, in relazione ai propri dati personali comuni e "sensibili" esprime il consenso:

- al trattamento ed alla comunicazione ai soggetti indicati al punto 4 lettere a) e b) dell'informativa, al trasferimento verso i Paesi indicati al punto 5 dell'informativa, in relazione alla finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'informativa stessa.

Il Contrasto

- al trattamento ed alla comunicazione ai soggetti indicati al punto 4 lettera c) dell'informativa, in relazione alle finalità di cui al punto 2 lettera C) dell'informativa stessa.

Il Contrasto

L'ammontare complessivo della prima rata di premio è stato pagato

Il AS/Le n° 1 del 19 dell'Agente

Emessa in MONZA il 22/11/2010

CARIGE ASSICURAZIONI

GRUPPO BANCA CARIGE

**Allegato**

Società per Azioni ■ Fondata nel 1863 ■ Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Banca CARIGE S.p.A. ■ Cap. Soc. Euro 162.894.160,00 Int. vers. ■ Sede legale e Direzione Generale: Italia - Viale Certosa, 222 - 20156 MILANO - Tel. 02.3076.1 - Telefax 02.3086125 ■ Cod. Fisc. e numero d'iscrizione al Registro delle Imprese di Milano: 01677750158 ■ Partita IVA 01677750158 - R.E.A. 624493 ■ Numero d'iscrizione nell'Albo delle Imprese tenuto dall'Isvap: 1.00031 ■ Impresa autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93)

ALLEGATO

S

polizza n. 800982675

allegato n.

DATI DELLA POLIZZA

cod. ramo	cod. s/ramo	cod. prodotto	codice agenzia	denominazione	codice sub agenzia	cod. convenzione	cod. cliente
070		47004	037	MONZA GENERALE	16		

DATI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

cognome e nome/denominazione sociale

FALCIANO RAFFAELE**CONDIZIONI SPECIALI****A) - PAGAMENTO DEL PREMIO**

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 3, il termine di pagamento del premio si intende elevato da 15 a 30 giorni.

B) - FRANCHIGIA ASSOLUTA IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE

A parziale deroga di quanto previsto dalla condizione speciale B), si precisa che sul capitale assicurato fino a € 150.000,00 la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

C) - ALTRE ASSICURAZIONI

L'Art. 2 delle Norme che regolano il Contratto di Assicurazione in generale, si intende abrogato e privo di effetto.

D) - SUPERVALUTAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE-

In caso di infortunio che abbia come conseguenza diretta una invalidità permanente dell'Assicurato, verificatasi anche successivamente alla scadenza della polizza ma comunque non oltre due anni dalla data dell'infortunio, la Compagnia corrisponde l'indennità calcolata sulla somma assicurata in base al grado di invalidità permanente accertata. La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali seguenti:

- Perdita totale di una mano oppure del pollice o dell'indice o del medio 100%
- Perdita totale di un anulare o di un mignolo 20%
- Perdita contemporanea di anulare o di un mignolo di una mano 100%
- Perdita totale e contemporanea dei piedi 100%
- Anchilosi di una spalla, di un braccio, di un gomito o di un polso 100%
- Perdita totale della seconda falange del pollice o terza falange dell'indice o del medio della mano operativa 100%
- Perdita totale della seconda falange del pollice della mano non operativa 100%

S.I.C.A. S.p.A.Via S.A. Parlettieri 4
20052 MACCATE

Tel. 039.380687 - 039.382529

CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A.

Il Contraente

CARIGE ASSICURAZIONI

GRUPPO BANCA CARIGE

**Allegato**

Società per Azioni ■ Fondata nel 1963 ■ Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Banca CARIGE S.p.A. ■ Cap. Soc. Euro 162.894.160,00 int. vers. ■ Sede legale e Direzione Generale: Italia - Viale Certosa, 222 - 20156 MILANO - Tel. 02.3076.1 - Telefax 02.3086125 ■ Cod. Fisc. e numero d'iscrizione al Registro delle imprese di Milano: 01877750158 ■ Partita IVA 01877750158 - R.E.A. 624493 ■ Numero d'iscrizione nell'Albo delle imprese tenuto dall'Isvap: 1.00031 ■ Impresa autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 83)

ALLEGATO

S

polizza n. 800982675

allegato n.

DATI DELLA POLIZZA

cod. ramo	cod. s/ramo	cod. prodotto	codice agenzia	denominazione	codice sub agenzia	cod. convenzione	cod. cliente
070		46004	037	MONZA GENERALE	16		

DATI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

cognome e nome/denominazione sociale

FALCIANO RAFFAELE

segue:

- Alienazione mentale 100%
- Paralisi organica 100%
- Perdita facoltà visive di un occhio 100%
- Sordità completa di ambedue le orecchie 100%
- Sordità completa di un orecchio 40%
- Perdita di un arto inferiore (al di sopra, all'altezza o al di sotto del ginocchio) 100%
- Perdita di un piede 40%
- Perdita di un alluce 5%
- Perdita di una falange dell'alluce 3%
- Perdita di ogni altro dito di un piede 3%
- Perdita di una falange di ogni altro dito del piede 1%
- Perdita della milza 10%
- Perdita di un rene 20%
- Stenosi nasale bilaterale 30%
- Esiti di frattura amielica somatica da schiacciamento di vertebre cervicali 10%
- Esiti di frattura amielica somatica da schiacciamento di vertebre dorsali 7%
- Esiti di frattura amielica somatica da schiacciamento della 12^a dorsale 12%
- Esiti di frattura amielica somatica da schiacciamento delle cinque lombari 12%
- Esiti di frattura del sacro e del coccige con callo deforme e dolente 5%
- Perdita totale della voce 50%

Se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Se, al momento dell'evento, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali come innanzi determinate saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Per i casi non previsti nella tabella di cui sopra, la percentuale di invalidità permanente sarà stabilita in analogia ai casi elencati nella tabella stessa tenuto conto della diminuita capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alle somme delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

E) - BENEFICIARI CASO MORTE.:

Eredi legittimi e/o testamentari.

FERMO IL RESTO**CARIGE ASSICURAZIONI** S.p.A.**S.I.C.A. s.r.l.**

Via S.M. Pelliccioli 4

tel. 039.380580 - 039.382529



Il Contraente



Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale – Triennio 2010-2013

DATI ANAGRAFICI

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO:

COGNOME E NOME FALCIANO RAFFAELE
NATO A VELLETRI (PROV. RM) IL 18/07/1981
RESIDENZA: (CITTÀ) SARNO (PROV. SA) C.A.P. 84087
VIA MAITEOTTI N. CIV. 42
INDIRIZZO PER RECAPITO POSTA: (CITTÀ) TERNI (PROV. TR) C.A.P. 05100
VIA CAMPOMICCIOLLO N. CIV. 21

ISCRITTO ALL' ORDINE DEI MEDICI DI SALERNO
CODICE FISCALE FLCRFL81L18L719I

TEL. ABITAZ. 07441981405
CELLULARE 3270155279
E-MAIL raffaeleisimo@yahoo.it

DATI BANCARI

Banca BANCO DI NAPOLI Filiale / Ag. 06658
Intestatario conto RAFFAELE FALCIANO
Codice IBAN (27 caratteri) IT38101010464801000000003384

☒ Autorizzo il trattamento dei dati ai sensi del D.Lvo n.196/2003

Firma

DICHIARAZIONE IMPOSTA SUL REDDITO DELLE PERSONE FISICHE

(art.23 D.P.R.n.600/73 e successive modificazioni)

Io sottoscritto	RAFFAELE FALCIANO		Matr.	Codice Fiscale		FLERFL81L18L719I
Luogo di nascita	VELLETRI	Prov.	RN	Data di nascita	18/07/1981	
Residente	Via/Piazza MATTEOTTI		Comune		SARNO	Prov. SA
Stato civile	☒ Celibe/Nubile ☐ Coniugato/a ☐ Vedovo/a ☐ Separato/a ☐ Divorziato/a					

DICHIARO sotto la mia responsabilità di aver diritto alle seguenti detrazioni dall'imposta lorda (contrassegnare le caselle che interessano)	
☒	Per Reddito di Lavoro dipendente e assimilato a decorrere dal <u>30/11/2010</u>
☐	Per Coniuge a carico, non legalmente ed effettivamente separato: dal ___/___/___ al ___/___/___ Cognome _____ Nome _____ nato/a il ___/___/___ a _____ C.F. _____
☐	Per figli a carico
☐	Figlio: Cognome _____ nome _____ nato a _____ il ___/___/___ C.F: _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ al 100% ☒ al 50% ☐ minore di 3 anni ☐ disabile ☐
☐	Figlio: Cognome _____ nome _____ nato a _____ il ___/___/___ C.F: _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ al 100% ☒ al 50% ☐ minore di 3 anni ☐ disabile ☐
☐	Figlio: Cognome _____ nome _____ nato a _____ il ___/___/___ C.F: _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ al 100% ☒ al 50% ☐ minore di 3 anni ☐ disabile ☐
☐	Presenza di almeno 4 figli a carico ☐ SI ☐ NO al 100% ☐ al 50% ☐ Altro al _____ ☐
☐	Per altri familiari a carico conviventi: (indicare il grado di parentela) Cognome _____ Nome _____ C.F: _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ al 100% ☐ al 50% ☐ al ___% ☐
☐	Mancanza dell'altro genitore ☐ SI ☐ NO ☐

CHIEDO ☐ di applicare una aliquota più elevata di quella che deriva dal ragguglio al periodo di paga degli scaglioni annui di reddito pari a%

DICHIARO

Che il domicilio fiscale al ²⁰¹⁰~~01/01/2007~~ è il seguente:

Comune SARNO Prov SA

MI IMPEGNO

a presentare nuova dichiarazione aggiornata in caso di intervenute modifiche nel corso dell'anno e a RIPRESENTARE NUOVA RICHIESTA ALL'INIZIO DI OGNI ANNO SOLARE, sollevando fin d'ora Codesta Azienda da ogni responsabilità.

Data 30/11/2010

FIRMA Raffaele Falciano

N.B. Il Modello deve essere compilato da TUTTI i dipendenti e riconsegnato all'Ufficio Stipendi quanto prima (possibilmente entro il 30 giugno c.a. anche via fax al n. 0758858310).

Si prega evidenziare se trattasi di conferma ☐ o variazione ☐ rispetto alla precedente comunicazione (relativa all'anno 2008).