Ente Nazionale di Previdenza e di Assistenza per i Lavoratori dello Spettacolo

Direzione Prestazioni Previdenziali
Viale Regina Margherita, 206 - 00198 ROMA
Fax 0685446390 – 0685446557 Numero Verde 800462693

DICHIARAZIONE REDDITUALE

SI PREGA DI INDICARE IL MOTIVO PER IL QUALE VIENE RESA LA DICHIARAZIONE _____

COGNOME _____ NOME_____ Matricola _____

CODICE FISCALE _____

STATO CIVILE:

☐ Celibe /Nubile	☐ Coniugato/a	☐ Vedovo/a	☐ Separato/a	☐ Divorziato/a

Il sottoscritto dichiara **sotto la propria responsabilità** consapevole delle conseguenze civili e penali:

☐ DI **NON** POSSEDERE REDDITI PROPRI E DEL CONIUGE

☐ DI POSSEDERE I SEGUENTI REDDITI

TIPI DI REDDITO	definitivi	presuntivi
Lavoro dipendente comprese indennità di disoccupazione e altre indennità simili	€	€
Pensioni - **esclusa quella per la quale si rilascia la presente dichiarazione -** erogate dall'Italia o da altri Stati esteri	€	€
Lavoro autonomo, professionale, d'impresa e di partecipazione	€	€
Trattamenti di fine rapporto (TFR, liquidazione, buonuscita, ecc.)	€	€
Terreni e fabbricati in Italia o all'estero	€	€
Casa di abitazione (Rendita catastale)	€	€
Altri redditi che se prodotti in Italia sarebbero assoggettabili all'IRPEF	€	€
Rendite vitalizie , integrative ecc. o a tempo determinato costituite a titolo oneroso (ad esempio con compagnie di assicurazione)	€	€
Altri redditi che se prodotti in Italia non sarebbero assoggettabili all'imposta sul reddito delle persone fisiche	€	€
Redditi percepiti dal **CONIUGE**	€	€
Codice fiscale del CONIUGE (obbligatorio)		

Firma del pensionato _____

Firma del coniuge _____ Data_____

Mi impegno a comunicare all'Enpals qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.
Sono inoltre consapevole che le Amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.
Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data _____ Firma _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Enpals con sede in Roma, Viale Regina Margherita 206, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.
Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Enpals e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.
I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altri Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.
Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.
L'Enpals la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice.