

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ex DPR 445/00, artt. 46 e 47 Mod. 75.01 A/1**

<b>La/il sottoscritt/a/o</b>	
<b>Codice fiscale</b>	

*consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 DPR 445/00 ed in particolare che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera*

**DICHIARA I SEGUENTI FATTI E QUALITÀ PERSONALI**

**Nascita**

Comune		Prov./Stato	
Data di nascita		Stato civile	
Sesso		Cittadinanza	
		Scadenza permesso di soggiorno	

**Residenza**

Indirizzo		Cap	
Comune		Provincia	
Telefono			

**Domicilio (se diverso dalla residenza)**

Presso			
Indirizzo		Cap	
Comune		Provincia	
Telefono			

Qualifica professionale (principale)

1.  Non svolgere attività lavorativa
2.  Aver svolto l'ultima attività lavorativa di tipo  Svolgere attività lavorativa di tipo
- autonomo     subordinato     parasubordinato

in qualità di

presso

dal  al

Titolo di studio

3.  Essere alla ricerca di occupazione
4.  Essere immediatamente disponibile allo svolgimento di un'attività lavorativa

....., data

*Letto, confermato e sottoscritto (firma del lavoratore) .....*

**Allega: fotocopia documento di identità – fotocopia codice fiscale – permesso di soggiorno**

## INDENNITA' QUADRI PER FARMACISTI

Il / La sottoscritto / a.....

Nato / a ..... provincia di.....

Residente a .....provincia di.....

In Via / Piazza .....n°.....cap.....

C/F.....

Dichiara di aver diritto, ai fini della indennità quadri, ad una anzianità pari a mesi.....

Data.....

Firma.....

**DETRAZIONI D'IMPOSTA (artt. 12 e 13, commi 1, 1bis e 2 DPR 917/86)**  
**DICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI EFFETTI DELL'ART. 23 DEL DPR 29/9/73 N. 600 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI**

Spettabile \_\_\_\_\_ Unità locale \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_  
 nato/a il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_  
 Residente in: \_\_\_\_\_ CAP.: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_  
 Via: \_\_\_\_\_ FRAZ.: \_\_\_\_\_  
 Stato civile:  celibe/nubile  coniugato/a  vedovo/a  separato/a  divorziato/a  
 in qualità di:  dipendente  co.co.co./lavoratore a progetto  amministratore  \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità, di aver diritto, a decorrere dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, alle seguenti detrazioni d'imposta contraddistinte dalla scelta espressa con una (X) e che i familiari di seguito indicati non possiedono un reddito complessivo superiore a quello stabilito dalla normativa vigente.

**Detrazioni per lavoro dipendente e "assimilato" di cui all'articolo 13, comma 1, lettera a), b), c) e comma 2 del Tuir**

- REDDITI DI LAVORO DIPENDENTE E "ASSIMILATO" da rapportare al periodo di lavoro nell'anno.  
 REDDITI DI PENSIONE da rapportare al periodo di lavoro nell'anno.  
 NON APPLICARE le detrazioni per lavoro dipendente e assimilato.  
 APPLICARE un'aliquota più elevata di quella risultante in sede di conguaglio fiscale (1) Aliq. \_\_\_\_\_

**Detrazioni per carichi di famiglia di cui all'articolo 12 del Tuir**

**CONIUGE A CARICO** non legalmente né effettivamente separato (2)

Cognome e nome	Data e luogo di nascita	Codice fiscale

CONIUGE MANCANTE (3)

**FIGLI A CARICO (4)**

Il dichiarante è consapevole che, in caso di coniuge non a carico, la detrazione al 100% spetta solo previo accordo con l'altro genitore e solo se titolare del reddito più elevato.

Cognome e nome	Data e luogo di nascita	Codice fiscale	Disabile	1° figlio	Al 50%	Al 100%

**ALTRI FAMILIARI A CARICO (5)**

Cognome e nome	Data e luogo di nascita	Codice fiscale	% spettanza

ULTERIORE DETRAZIONE PER LE FAMIGLIE NUMEROSE (nucleo con 4 o più figli a carico) (6)

% spettanza

**Poiché dette detrazioni variano in funzione del reddito complessivo dell'anno in corso, considerare quanto segue:**

- il reddito complessivo del sottoscritto corrisponderà a quello derivante da quello corrisposto da Codesta Ditta;  
 il reddito complessivo del sottoscritto sarà costituito, oltre che dal reddito corrisposto da Codesta Ditta, anche da altri redditi diversi dal lavoro dipendente pari a € \_\_\_\_\_,  
 il reddito complessivo del sottoscritto corrisponderà a € \_\_\_\_\_,

**DICHIARA, INOLTRE**

- di non essere titolare di pensione  
 di essere titolare di pensione n. \_\_\_\_\_ con quote da trattenere pari a € \_\_\_\_\_ per giorno e pari a € \_\_\_\_\_ su tredicesima mensilità.

**SI IMPEGNA**

a presentare una nuova dichiarazione aggiornata, in caso di modifiche intervenute nel corso dell'anno, rispetto all'attuale situazione familiare, reddituale o di pensione, sollevando fin d'ora Codesta Ditta da ogni responsabilità in merito.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ditta:  
Dipendente:

## RISERVATO AI RAPPORTI DI LAVORO DI DURATA INFERIORE ALL'ANNO

Il sottoscritto dichiara di non aver avuto un precedente rapporto di lavoro

### Ai fini dell'applicazione delle detrazioni, richiede:

- che la detrazione minima sia applicata interamente e non rapportata alla durata del rapporto di lavoro **(1a)**
- avvalendosi della facoltà prevista dal D.P.R. 600/1973, art. 23 c. 4, ai fini dell'applicazione delle ritenute fiscali per l'anno in corso, di considerare anche le somme corrisposte, le ritenute operate e le detrazioni effettuate nel corso del precedente rapporto di lavoro (seguirà relativa certificazione).

Per quanto attiene la situazione familiare, ai fini delle detrazioni per carichi di famiglia, con riferimento al/ai precedente/i rapporto/i dichiara quanto segue:

- conferma della situazione familiare esposta  altra situazione di cui dà specifica indicazione

## DICHIARA, INOLTRE

Sulle somme di "Trattamento di fine rapporto", "Indennità equipollenti" e "Altre indennità e somme" connesse alla cessazione del rapporto di lavoro:

di non aver diritto, nell'anno d'imposta in corso, alle detrazioni, previste dall'art. 2 comma 514 della legge n. 244 del 24 dicembre 2007, in quanto già applicate dal precedente sostituto d'imposta **(2a)**

in ottemperanza all'articolo 8 comma 6 del Decreto Legislativo 252 del 5 dicembre 2005 (Disciplina delle forme pensionistiche complementari) comunicato **(3a)**:

data di prima occupazione successiva al 1° gennaio 2007

contributi di previdenza complementare versati dalla data di prima occupazione se successiva al 1/1/2007 €

Data

Firma \_\_\_\_\_

### AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE DELLA SEZIONE RISERVATA AI LAVORATORI CON RAPPORTI DI LAVORO INFERIORI ALL'ANNO

#### **(1a) RAPPORTI DI LAVORO DI DURATA INFERIORE ALL'ANNO - Applicazione detrazione minima**

L'art. 13 comma 1 del DPR 917/86 prevede che, per un reddito complessivo non superiore a 8.000,00 euro (al netto del reddito derivante dall'abitazione principale e relative pertinenze), una "detrazione minima". Al lavoratore è riconosciuta la possibilità di richiedere l'applicazione di tale detrazione in misura intera qualora non ne abbia usufruito e non ne usufruirà tramite altro datore di lavoro.

#### **(2a) DETRAZIONE TFR - INDENNITA' EQUIPOLLENTE E ALTRE INDENNITA' E SOMME**

La detrazione forfettaria di cui ai commi 1 e 4 del D.M. 20 marzo 2008 (Decreto attuativo dell'art. 2 comma 514 della legge n. 244 del 24 dicembre 2007) è riconosciuta dal sostituto d'imposta in relazione ad una sola cessazione del rapporto di lavoro nel corso di ciascun periodo d'imposta. I soggetti beneficiari sono tenuti ad attestare in forma scritta, su richiesta del sostituto d'imposta, di non aver già fruito di detta detrazione in relazione ad altro rapporto di lavoro cessato nel medesimo periodo d'imposta.

#### **(3a) LAVORATORI DI PRIMA OCCUPAZIONE SUCCESSIVA AL 1° GENNAIO 2007**

Ai lavoratori di prima occupazione successiva alla data di entrata in vigore del presente decreto e, limitatamente ai primi cinque anni di partecipazione alle forme pensionistiche complementari, è consentito, nei venti anni successivi al quinto anno di partecipazione a tali forme, dedurre dal reddito complessivo contributi eccedenti il limite di 5.164,57 euro pari alla differenza positiva tra l'importo di 25.822,85 euro e i contributi effettivamente versati nei primi cinque anni di partecipazione alle forme pensionistiche e comunque per un importo non superiore a 2.582,29 euro annui.

Farmacia

## ORARIO DI LAVORO

---

	dalle	alle	dalle	alle		dalle	alle	dalle	alle
Lunedì	.....	.....	.....	.....	Lunedì	.....	.....	.....	.....
Martedì	.....	.....	.....	.....	Martedì	.....	.....	.....	.....
Mercoledì	.....	.....	.....	.....	Mercoledì	.....	.....	.....	.....
Giovedì	.....	.....	.....	.....	Giovedì	.....	.....	.....	.....
Venerdì	.....	.....	.....	.....	Venerdì	.....	.....	.....	.....
Sabato	.....	.....	.....	.....	Sabato	.....	.....	.....	.....
Domenica	.....	.....	.....	.....	Domenica	.....	.....	.....	.....



FARM 80 S.R.L. via Antonio Giacomini, 4 - 50132 - FIRENZE  
 telefono 055-579363 - 579365 Fax 055-582899

Cod. Fisc. 80103160489 - P. IVA 03421680483 - Iscr. trib. 28737 - CCIAA 286348 - Cap. Vers. 41.860,00 €

**CONTRIBUTO A FAVORE DELL'ENTE BILTERALE NAZIONALE**

Il recente rinnovo del C.C.N.L. dei dipendenti delle farmacie private ha previsto che tutti i dipendenti possano erogare un contributo a favore dell'Ente Bilaterale Nazionale.

Tale Ente costituito fra le organizzazioni dei datori di lavoro e dei sindacati ha, in estrema sintesi, compiti di studio, di formazione, di informazione, di promozione del dialogo sociale fra le parti ( lo statuto completo dell'Ente è consultabile sul sito [www.filcams.cgil.it](http://www.filcams.cgil.it) )

Ogni dipendente potrà contribuire con il versamento, che avverrà attraverso una trattenuta in busta paga di € 1,00 per 14 mensilità.

I dipendenti che NON intendono erogare il contributo debbono esplicitamente dichiararlo per scritto al proprio datore di lavoro.

§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§

Il sottoscritto.....dipendente della  
 Farmacia.....

**DICHIARA**

**di RINUNCIARE** al versamento a favore dell'Ente Bilaterale Nazionale per il terziario

In Fede

.....

Lì.....