



# FONDO PENSIONE MEDICI

Iscritto all'Albo COVIP con il n° 1337

Rev. ott 2013

## DICHIARAZIONE CONTRIBUTI NON DEDOTTI

da compilarsi e sottoscrivere a cura dell'aderente e da trasmettere entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di versamento dei contributi non dedotti.

### COMUNICAZIONE CONTRIBUTI VERSATI AL FONDO NON FISCALMENTE DEDOTTI PER L'ANNUALITA' \_ \_ \_ \_

Al fine di rendere possibile la corretta determinazione della base imponibile da ricondurre a tassazione, il sottoscritto .....

C.F. ....

- Dipendente dell'Azienda Ospedaliera .....
- Ex Dipendente dell'Azienda Ospedaliera .....

titolare di una posizione previdenziale presso il Fondo Pensione Medici, dichiara ai sensi dell'art. 8, comma 4, del D. Lgs. n. 252/2005, che i contributi versati nell'anno \_ \_ \_ \_ non dedotti in sede di presentazione della dichiarazione dei redditi ammontano a € .....

(in lettere Euro .....)

Dichiara altresì di essere responsabile della veridicità e correttezza dei dati e delle informazioni fornite con il presente modulo.

Firma dell'aderente

Data .....

**N.B. Il presente modulo dovrà essere inoltrato al Fondo entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di versamento dei contributi non dedotti. Si consiglia invio per raccomandata o fax.**