0006476-26/09/2012-C_L581-SARCH-A

SPETT.LE I.N.P.S.
GESTIONE EX INPADAP
VIA ROMA 151 D
62100 MACERATA

e.p.c. AL COMUNE DI

URBISAGLIA

OGGETTO : **RICONGIUNZIONE ART. 2 L. 29/79 – DIPENDENTE GIACOMOZZI ROSARIA TRASMISSIONE DOCUMENTAZIONE**

RACCOMANDATA A.R.

POSIZIONE N. 8341621

PRATICA N. RC00224527

Si fa seguito alla vs. nota prot. del 30.07.2012 relativa all'oggetto e con la presente si rimette in allegato la seguente documentazione:

- Copia determinazione del Dirigente n. **011201200527107** del 30.07.2012 debitamente compilata e firmata dalla sottoscritta, unitamente al Responsabile dell'Ente.

- Copia modello F 24 attestante l'avvenuto pagamento della somma di **€ 3.11** dovuta in ordine alla determinazione su citata per la ricongiunzione di che trattasi.

Distintamente

Urbisaglia li 25.09.2012

ROSARIA GIACOMOZZI

(Vers.8Rev.0)

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale
inpdap
Gestione ex Inpdap

Sede Provinciale
VIA ROMA, 151/D
62100 MACERATA (MC)

COPIA DA RESTITUIRE ALL'INPS Gestione ex Inpdap

Posizione	Cassa Pensioni	N° Domanda	N° Determinazione
8341621	Cassa Pensione Dipendenti Enti Locali	RC00224527	DT011201200527107

IL DIRIGENTE

Visto il Regolamento della Cassa Pensioni sopra indicata;
Viste la Legge 26 luglio 1965, n. 965; il DPR 29 dicembre 1973, n. 1092; la Legge 24 gennaio 1986 n. 16;
Visti il D.Lgs. 3 febbraio 1993 n. 29, la Legge 8 agosto 1991 n. 274, il D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 503;
Visto l'art. 30 del D.L. 28 febbraio 1983 n. 55, convertito in Legge 26 aprile 1983 n. 131;
Visti la Legge 8 agosto 1995 n.335, il DLgs 16 settembre 1996 n.564, il DLgs 30 aprile 1997 n.184, il DLgs 1 dicembre 1997 n.468;
Visto il D.Lgs. 30 giugno 1994 n. 479;
Visto la Legge 5 marzo 1990, n. 45;
Vista la delibera di attribuzione della titolarit della Sede o dell'Ufficio.

Vista la domanda di: Ricongiunzione art. 2 L. 29/79 di periodi presentata in data 20/03/1980
da GIACOMOZZI ROSARIA nato/a il 06/10/1955

DETERMINA

di riconoscere a favore di GIACOMOZZI ROSARIA utili ai fini del trattamento di quiescenza, mediante ricongiunzione, come da allegato prospetto analitico che costituisce parte integrante del presente provvedimento, i periodi pari ad ANNI 0 MESI 1 GIORNI 25 ai fini del diritto ed ANNI 0 MESI 1 GIORNI 25 ai fini della misura cui corrisponde un ONERE di € 3,11 in un unica soluzione (non è ammesso pagamento rateale) € 0,00 per rate N° 0, con modalità indicate nelle avvertenze.

MACERATA lì, 30 luglio 2012

Firma autografa sostituita da indicazione a mezzo stampa, ai sensi dell'art.3 co. 2, del S.Lgs 12/02/1993 n. 39. Nota: ai sensi dell'art. 6 co.2, L412/91 non seguirà trasmissione dell'originale con firma autografa. Il provvedimento nei

Il Dirigente
F.to Dr. MANCINI MARCO

DETERMINAZIONE DI RICONGIUNZIONE

N.Pratica RC00224527
N.Determina 011201200527107

DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE (da far pervenire all'INPS Gestione ex Inpdap entro 90 giorni dalla data di ricezione della presente determinazione, in caso di accettazione con scelta di pagamento RATEALE; entro un (1) anno in caso di scelta di pagamento in un UNICA SOLUZIONE
In caso di onere ZERO, la dichiarazione deve essere restituita entro un anno, a pena di decadenza.

Il sottoscritto, preso atto di quanto sopra, DICHIARA:
(contrassegnare la casella corrispondente alla forma prescelta)

☒ di voler pagare l'onere in UNICA SOLUZIONE entro un (1) anno dalla data di ricezione della presente determinazione, mediante versamento tramite modello F24, pena decadenza.

☐ non è ammesso pagamento in forma rateale.

☐ di RINUNCIARE al provvedimento stesso (N.B. NON E' AMMESSA LA RINUNCIA CON RISERVA).

☐ Un'eventuale manifestazione di RISERVA va motivata e, comunque, deve essere sempre indicata - a titolo cautelativo - una delle modalità di pagamento previste, rispettando i termini di accettazione sopra indicata.

☐

(eventuali comunicazioni)

☐ di ACCETTARE il provvedimento con onere ZERO.

Data ~~MACERATA~~ lì, URBISAGLIA 25/09/2012

Firma del Dipendente
Rosaria Ric

DICHIARAZIONE DELL'ENTE DATORE DI LAVORO

☒ la firma del dipendente è stata apposta in mia presenza;

☐ la firma del dipendente NON è stata apposta in mia presenza per cui, a termine della L. 191/98, si allega copia fotostatica del documento del sottoscrittore. Dichiara altresì di aver dato disposizioni perché sia effettuata la trattenuta mensile sopraindicata a decorrere dal mese successivo a quello di accettazione, nella intesa che l'importo sarà versato mensilmente entro il 15 del mese successivo a quello di competenza, dall'Ente datore di lavoro.

Data ~~MACERATA~~ lì, URBISAGLIA 25 SET. 2012

IL RESPONSABILE DELL'ENTE
IL SINDACO
(Dr. Roberto Bianchini)

COMUNE DI URBISAGLIA

Agenzia Entrate

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

F24

DELEGA IRREVOCABILE A: **Banca delle Marche S.p.A.**

AGENZIA URBISAGLIA PROV. MC

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE [illegible]

Barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: [illegible]

nome: [illegible]

data di nascita (giorno, mese, anno): 01 [illegible] 1955

sesso (M o F): F

comune (o Stato estero) di nascita: MACERATA

prov.: MC

DOMICILIO FISCALE

comune: URBISAGLIA

prov.: MC

via e numero civico: VIA [illegible] 7

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

SEZIONE ERARIO

IMPOSTE DIRETTE - IVA
RITENUTE ALLA FONTE
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice tributo	rateazione/regione/ prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,

codice ufficio | codice atto | **TOTALE** **A** , | **B** , | +/- **SALDO (A-B)** ,

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,

TOTALE **C** , | **D** , | +/- **SALDO (C-D)** ,

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,

TOTALE **E** , | **F** , | +/- **SALDO (E-F)** ,

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
									,	,
									,	,
									,	,
									,	,

detrazione ICI abitazione principale , | **TOTALE** **G** , | **H** , | +/- **SALDO (G-H)** ,

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

INAIL

codice sede	posizione assicurativa: numero	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati
					,	,
					,	,
					,	,

TOTALE **I** , | **L** , | +/- **SALDO (I-L)** ,

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
0001	3HC	P356	541621	04/2012	09/2012	[illegible],[illegible]	,
						,	,

TOTALE **M** 3[illegible],[illegible] | **N** , | +/- **SALDO (M-N)** ,

Banca delle Marche S.p.A. **EURO +** ,

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO
21	08	2012	06055	69220

Pagamento effettuato con assegno bancario / postale circolare / vaglia postale

n.ro ____________

tratto / emesso su ____________ cod. ABI ____________ CAB

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO