

**Modulo trattamento integrativo dei redditi da lavoro dipendente e assimilati
" 100 EURO MENSILI "**

Da compilare e restituire il prima possibile

Spett.le (Datore di Lavoro) _____

Il sottoscritto (Dipendente) _____

Codice fiscale _____

Nato il _____ a _____

Residente _____ - _____

In qualità di dipendente / collaboratore di codesta Impresa, in relazione alle disposizioni contenute nel DL n. 3/2020 che prevedono, al verificarsi di specifiche condizioni reddituali, il diritto a percepire un **trattamento integrativo** il cui importo massimo su base annua è pari a euro **600,00 per l'anno 2020**:

- richiede la non applicazione del trattamento integrativo di cui al DL n. 3/2020;
- richiede l'applicazione del trattamento integrativo di cui al DL n. 3/2020, in quanto comunica, sotto la propria responsabilità, che per l'anno 2020 **NON PERCEPIRÀ ULTERIORI REDDITI** aggiuntivi rispetto quelli derivanti dal rapporto con l'azienda (es. altro rapporto di lavoro);
- richiede l'applicazione del trattamento integrativo di cui al DL n. 3/2020 eventualmente spettante, in occasione dell'effettuazione delle operazioni di conguaglio (a dicembre o cessazione del rapporto di lavoro);
- comunica che percepirà presuntivamente **ULTERIORI REDDITI** aggiuntivi rispetto quelli derivanti dal rapporto con l'azienda, pari ad euro _____ di cui chiede venga tenuto conto ai fini del riconoscimento del trattamento integrativo di cui al DL n. 3/2020 e delle detrazioni d'imposta di cui agli artt. 12 e 13 del TUIR;
- comunica che è stato riconosciuto il trattamento integrativo di cui al DL n. 3/2020 nel corso di **PRECEDENTI RAPPORTI DI LAVORO** intercorsi nell'anno. Al fine di conguagliare il bonus allega copia della/e CU redditi provvisori rilasciati dai precedenti datori di lavoro.

L'applicazione del trattamento integrativo verrà inserita mensilmente o a conguaglio di fine anno a seconda dei casi specifici e delle proiezioni reddituali.

Data _____ Firma _____