FPA
FONDO PENSIONE AGENTI PROFESSIONISTI DI ASSICURAZIONE
www.fonage.it

DICHIARAZIONE PER RICONOSCIMENTO *TRATTAMENTO INTEGRATIVO*

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1 D.L. 5-2-2020 n.3

(compilare la presente in ogni sua parte e rispedire per Posta/Fax/E-mail a:)

FONDO PENSIONE AGENTI
VIA DEL TRITONE 46
00187 ROMA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il ___/___/_____ a _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

in relazione alle disposizioni contenute nell'art. 1 D.L. 5-2-2020 n.3 che prevedono, al verificarsi di specifiche condizioni reddituali, il diritto a percepire un bonus il cui importo massimo su base annua per l'anno **2025** è pari a **1.200,00** euro:

(barrare l'ipotesi che ricorre):

☐ **richiedo la non applicazione del TRATTAMENTO INTEGRATIVO**

☐ **comunico che percepirò presuntivamente nell'anno 2025 ulteriori redditi**,

aggiuntivi rispetto a quelli derivanti dalla pensione erogata dal Fondo Pensione Agenti, pari ad |__|__|__|__|__|__|,__|__| euro di cui chiedo venga tenuto conto ai fini del riconoscimento del TRATTAMENTO INTEGRATIVO e delle detrazioni d'imposta di cui agli artt. 12 e 13 del TUIR;

☐ **comunico che mi è già stato riconosciuto il TRATTAMENTO INTEGRATIVO**

per un importo pari a |__|__|__|__|__|__|,__|__| euro
riferito ad un periodo di lavoro pari a n. |__|__|__| giorni e
ad un reddito pari a |__|__|__|__|__|__|,__|__| euro

Data ___/___/_____ **Firma** _____

BonFis2018 - Doc.172