



**COMUNICAZIONE CONTRIBUTI NON DEDOTTI**  
**(articolo 8, comma 4, D.Lgs. n. 252/2005)**

**1. DATI DELL'ISCRITTO**

Cognome:	_____	Nome:	_____																				
Codice Fiscale:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita: ____ / ____ / ____
Comune di nascita:	_____	Provincia: (    )	Telefono: _____																				
Indirizzo di residenza:	_____		CAP: _____																				
Comune di residenza:	_____	Provincia: (    )																					

**2. VALORE DEI CONTRIBUTI NON DEDOTTI**

Il sottoscritto, sotto la propria personale responsabilità,

**DICHIARA**

che, della complessiva somma versata nell'anno \_\_\_\_\_ al Fondo Pensione,

l'importo di € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

(Euro ..... )

importo in lettere

**non è stato/non sarà portato in deduzione in sede di dichiarazione dei redditi per l'anno di riferimento.**

**3. ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE**

Ai sensi dell'art. 8, comma 4, del D.Lgs. n. 252/2005, entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento, è necessario comunicare al Fondo Pensione l'importo dei contributi che non sono stati dedotti in sede di dichiarazione dei redditi in quanto eccedenti la quota di deducibilità prevista dalla vigente normativa.

Qualora l'iscritto maturi il diritto alla prestazione prima del 31 dicembre, la comunicazione deve essere resa alla data di maturazione del diritto stesso.

Per i lavoratori dipendenti, l'importo da indicare non deve comprendere la quota di contribuzione riferibile al TFR.

Si ricorda che con la presente comunicazione non devono essere indicati gli eventuali contributi versati a favore di familiari fiscalmente a carico. In tale ipotesi, il familiare interessato deve effettuare analoga separata comunicazione alla forma previdenziale cui è iscritto, segnalando che l'ammontare dei contributi versati e non dedotti, non è stato dedotto neanche dal soggetto di cui è fiscalmente a carico.

**Data Compilazione:** ..... / ..... / .....

**Firma:** \_\_\_\_\_



## **INFORMATIVA PRIVACY**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016, "Fondo Pensione Complementare a Capitalizzazione per gli Esercenti le Professioni Sanitarie" con sede in Via Torino, 38 - 00184 Roma, Titolare del trattamento, La informa che, il trattamento dei Suoi dati personali è effettuato per la gestione di comunicazioni relative a contributi non dedotti; il conferimento dei dati è necessario per perseguire le finalità menzionate. La base giuridica del trattamento è l'adesione dell'iscritto al fondo e la conseguente determinazione del rapporto associativo, nonché gli obblighi di legge. La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dall'art. 15 e ss. del Regolamento EU 679/2016, scrivendo a [privacy@fondosanita.it](mailto:privacy@fondosanita.it). L'informativa completa potrà essere visionata sul sito web del fondo [www.fondosanita.it](http://www.fondosanita.it), nella sezione privacy