

RACCOMANDATA A.R.

Spett.le Agenzia delle Entrate
Ufficio Territoriale di _____
Via _____

Oggetto: Pensione integrativa. Applicazione tassazione agevolata
ex art. 11, comma 6, del D. Lgs. 5 dicembre 2005
n. 252. Richiesta di rimborso.

Il sottoscritto, _____, C.F.
_____ residente in _____

PREMESSO

- a) che è titolare di trattamento di pensione corrisposto dall'INAIL, Ente erogatore delle prestazioni del Fondo interno di previdenza integrativa dell'Assicurazione generale obbligatoria INPS, disciplinato dal Regolamento approvato con il D.M. 30.5.1969 e soppresso dall'art. 64 della legge 17 maggio 1999, n. 144, a decorrere dal 1° ottobre 1999;
- b) che da tale data le prestazioni stesse sono a carico del bilancio dell'INAIL, vengono assoggettate alla ritenuta alla fonte di un contributo permanente di solidarietà del 2% e fruiscono della riduzione all'87,50% della base imponibile IRPEF;
- c) che la pensione integrativa percepita dal sottoscritto è da ritenersi rientrare tra i trattamenti inclusi, ai sensi del D. Lgs. 21 aprile 1993 n. 124, tra i redditi assimilati al lavoro dipendente e come tale è stata esposta nella denuncia annuale dei redditi presentata su certificazione rilasciata dall'INAIL;
- d) che il regime tributario da applicarsi alle prestazioni comunque erogate in forma di trattamento periodico, ai sensi del sopra indicato decreto legislativo, è quello previsto dall'art. 11, comma 6, del D. Lgs. 5 dicembre 2005 n. 252;
- e) che sulle prestazioni erogate dal Fondo di previdenza INAIL deve essere applicata, ai sensi della normativa richiamata al capo precedente, l'aliquota del 15%, ulteriormente riducibile fino a un massimo di 6 punti percentuali;
- f) che il sottoscritto ha diritto all'applicazione sulla pensione integrativa erogatagli dall'INAIL di una ritenuta a titolo d'imposta con l'aliquota del 15 per cento ridotta di una quota pari a 0,30 punti percentuali per ogni anno eccedente il quindicesimo anno di partecipazione a forme pensionistiche complementari (anni di partecipazione al fondo dal _____ al 30 settembre 1999: $__ - 15 = __$; $__ \text{ anni per } 0,30\% = __ \%$; aliquota applicabile $15\% - __ \%$ = $__ \%$) per il periodo di anni indicato nell'allegato

prospetto riassuntivo, che deve ritenersi parte integrante della presente richiesta;

g) che per gli anni in questione il sottoscritto ha effettuato versamenti di imposta eccedenti rispetto a quelli dovuti, sicché si è determinato un credito di imposta a suo favore,

CHIEDE

che la pensione integrativa erogata dall'INAIL sia assoggettata al trattamento tributario agevolato previsto dalla normativa richiamata in premessa, con applicazione dell'aliquota ridotta del ____% e che gli vengano rimborsate le somme versate in eccedenza, per gli anni di imposta dal 2015 al 2018 nella misura complessiva di €. _____, come da prospetto che si allega.

Chiede altresì a codesta rispettabile Agenzia di comunicare all'INAIL, quale sostituto di imposta, di provvedere ad applicare l'aliquota del ____% sulla pensione integrativa erogata al sottoscritto per l'anno in corso e per gli anni a venire.

Distinti saluti.

All.to: Un prospetto riassuntivo c.d.t.

Sindacato Autonomo Dipendenti Inail in Pensione

Segreteria Nazionale

ALLA SEGRETERIA NAZIONALE
per il tramite del Segretario della
Regione _____

AL DIRIGENTE dell'Unità INAIL
di _____

Il sottoscritto _____

- ex-dipendente INAIL

- superstite di ex-dipendente

chiede di essere iscritto al Sindacato Autonomo Dipendenti INAIL in Pensione, salva la facoltà di revoca, e

AUTORIZZA L'INAIL

riscuotere per suo conto le proprie quote di iscrizione nella misura stabilita dal Sindacato e versarle sul c/c bancario intestato a "Sindacato Autonomo Dipendenti Inail in Pensione",

Paese Eur Cin Abi Cab N° Conto

codice IBAN : IT 11 O 02008 05121 000401271387

con decorrenza dal mese di _____

Dati anagrafici dell'iscritto:

COGNOME

NOME

Indirizzo _____ N. _____ Cap _____

Comune _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

In caso di superstite, indicare il nominativo dell'ex-dipendente deceduto:

COGNOME

NOME

DATA DECESSO

___/___/___

Dati di servizio dell'ex-dipendente INAIL (da compilare sempre, anche dal superstite)

Data nascita ___/___/___

Data assunzione ___/___/___

Data cessazione ___/___/___

Matricola _____ Ultima Unità di Servizio _____

Qualifica/area/livello/profilo _____ Fondo Prev. _____

Ai sensi della legge 675/96 autorizzo espressamente il Sindacato Autonomo Inail ad utilizzare i propri dati personali ai soli fini contabili ed organizzativi. Il Sindacato Inail si impegna a non trasferire i dati in suo possesso ad altri Enti o Associazioni.

FIRMA

Data _____
