**MODULO RICHIESTA ALIQUOTA IRPEF SUI COMPENSI ACCESSORI EROGATI DIRETTAMENTE DALL’ISTITUZIONE SCOLASTICA**

**PERIODO D’IMPOSTA 2025**

**Al Dirigente Scolastico**

**Dell’IIS Medi-Vaccalluzzo**

**Leonforte (EN)**

Il/La sottoscritto/a,

|  |
| --- |
| Cognome e nome |
| Codice fiscale  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Luogo e data di nascita |
| Comune e indirizzo di residenza (all’1/01/2025) |
| Recapito telefonico |

CHIEDE L’APPLICAZIONE DELLA SEGUENTE ALIQUOTA IRPEF SUI COMPENSI ACCESSORI EROGATI DALL’ISTITUZIONE SCOLASTICA

* ALIQUOTA MEDIA DEL CEDOLINO\_\_\_\_\_\_\_
* ALIQUOTA DEL 23%
* ALIQUOTA DEL 35%
* ALIQUOTA DEL 43%
* **LA RICHIESTA VALE ANCHE PER I PERIODI SUCCESSIVI SE NON VIENE PRESENTATA AD INIZIO ANNO UNA NUOVA OPZIONE**
* **IN CASO DI MANCATA SCELTA, AI DOCENTI DI RUOLO SARA’ APPLICATA L’ALIQUOTA DEL 25%**

**Modalità di pagamento**

 Bonifico Bancario presso: Banca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sigla paese N. Controllo CIN ABI CAB C/C

 (2 caratteri) (2 caratteri) (1 carattere) (5 caratteri) (5 caratteri) (12 caratteri)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_