

**COMUNICAZIONE CONTRIBUTI NON DEDOTTI**

(art. 8, comma 4, D.Lgs. n. 252/2005)

da compilarsi e sottoscrivere a cura dell'aderente e da trasmettere entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di versamento dei contributi non dedotti.

**1. DATI DELL'ISCRITTO**

Il Sottoscritto .....

Nato/a a ..... il ..... prov.....

residente a ..... Via .....

Tel..... e-mail .....

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

N.B. Il presente modulo deve essere spedito al Fondo Pensione Medici all'indirizzo:

**Fondo Pensione Medici**  
**Via Rodi, 24 - 00195 Roma**  
**Oppure per PEC segreteriafondopensionemedici@pec.it**