

**DICHIARAZIONE DI RINUNCIA AL BONUS FISCALE D.L. 3/2020 ANNO \_\_\_\_\_**

**All'Area Gestione Risorse Umane  
Settore trattamento economico  
ASL BA**

In relazione a quanto disposto dall'art. 1 del Decreto Legge 5 Febbraio 2020 n°3

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

residente in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di dipendente della ASL BA presso \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_

**DICHIARA DI RINUNCIARE AL BONUS FISCALE**

A seguito di tale dichiarazione, il/la sottoscritto/a è altresì consapevole che si provvederà, ove necessario, a recuperare in un'unica soluzione il credito già eventualmente erogato nell'anno \_\_\_\_\_ a titolo di *bonus fiscale* e non dovuto.

**Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni.**

Data odierna, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_