



CITTA' DI MONOPOLI
I^ A.O. SERVIZIO RISORSE UMANE

Prot. n. 31513

Monopoli, 18/06/2013

CITTA' DI MODUGNO - IPA C_F262
PROTOCOLLO GENERALE
Prot. 0032412 del 24/06/2013



A Dirigente
Servizio Risorse Umane
Comune di Modugno
Piazza del Popolo, 16
70026 MODUGNO(BA)

A Sig.ra CILENTI Simona
Via Peucetia, 16
70026 MODUGNO(BA)

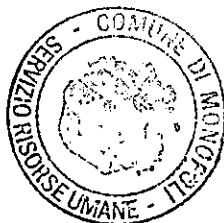
OGGETTO: Riscontro a vs. nota prot. 30877 del 13/06/2013. Sig. ra Cilenti Simona n. 07/09/1975.
Cessato/a per dimissioni volontarie dal 03/09/2012. Trasmissione atti fascicolo personale.

Si trasmette, allegato alla presente e per gli opportuni adempimenti di competenza, la certificazione dei servizi e delle retribuzioni, Mod. PA 04 (già inviato via e mail il 29/05/2013) e Mod. TFR1., utili alla formazione del fascicolo personale del nominato in oggetto, in relazione al servizio prestato presso questa Amministrazione.

L'ISTRUTTORE DIRETTIVO
(Sig.ra Porzia CASCIONE)

Allegati:

1. Mod. PA/04
2. Mod. TFR1.



dipendente da:	denominazione e sede	codice
	COMUNE DI MONOPOLI MONOPOLI (BA)	10030100

Ultima Sede Lavoro

Comune : MONOPOLI
Prov : BA CAP : 70043 COP : F376

cessato il ultimo giorno lav.	livello o qualifica alla cessazione	limiti di età vigenti al 31/12/1992	decaduto il
03/09/2012	6 ^a Livello Vigile Urbano	65	

ISCRITTO/A

n. di posizione	Cognome e nome	nato il	luogo di nascita	
0	CILENTI SIMONA	07/09/1975	comune	provincia
			Melfi	PZ
CODICE FISCALE	CLNSMN75P47F104P			

residente: via *Peucetia* 16 città *Modugno* (BA) c.a.p. 70026

Motivo dell'Invio:

QUADRO 1: Sovvenzioni e Prestiti

Cassa / Ente erogatore	Numero	Protocollo	cc/Postale	Data Prima Rata	Data Ultima Rata	Rata Mensile	Residuo Debito	Anticipata Estinzione

QUADRO 2: Servizi e periodi computati o ricongiunti senza onere

periodi di servizio			denominazione e Sede dell'Ente Iscritto presso il quale il servizio è stato prestato	Iscrizione			Tipo impiego servizio	per.Diritto			per.misura A M G	Val. x pens.	Val. x T.F.S.	Val. x T.F.R.
dai	al	M		INPS	INPDAP cod. cassa	Altro		A	M	G				

PATRONATO DELEGATO ALL'ASSISTENZA

(denominazione Patronato)

(codice I.N.P.D.A.P. Patronato)

(numero pratica del Patronato)

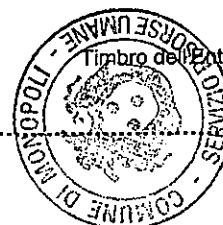
Data

29/05/2013

Il Responsabile

ISTRUTTORE DIRETTIVO

Sig.ra Patrizia CASCIONE



QUADRO 3: Servizi e periodi riscattati e/o ricongiunti con onere e/o prosecuzione volontaria

Mod. PA04 ver. 10-SPA026-PA026.A		N° Posizione		cognome e nome				data di nascita		Codice Fiscale							
QUADRO 3: Servizi e periodi riscattati e/o ricongiunti con onere e/o prosecuzione volontaria		0		CILENTI SIMONA				07/09/1975		CLNSMN75P47F104P				pag. 2			
servizio valutabile		Tipologia del servizio riconosciuto		Periodo Utile AA MM GG		Periodo Arr. AA MM		ident. del provvedimento		Data		Importo Rata mens.	Importo Unica sol.	anticip.ta estinz.ne	Val. x pens.	Val. x T.F.S.	Val. x T.F.R.
dal al								numero del		1° rata ultima rata							

QUADRO 4: Periodi di servizio e loro caratteristiche

periodi di servizio			denominazione e Sede dell'Ente Iscritto presso il quale il servizio è stato prestato	Cassa	Tipo		Giorni	livello o qualifica	motivo interruzione o cessazione	codice di cess.	per.Diritto			per.misura			tratteni mento	Val. x pens.	Val. x T.F.S.	Val. x T.F.R.
dal	al	M.			impiego	servizio					A	M	G	A	M	G				
15/06/2010	12/09/2010	No	Comune Di Monopoli Monopoli	2	1	4		cnt:ENTI LOCALI DAL 01/04/99 AGG. AL 31/12/2009:liv:C1 Ind. Vig. (ex 5	Altre cause	16	0	2	28	0	2	28	No	Si	Si	No
15/06/2011	12/09/2011	No	Comune Di Monopoli Monopoli	2	1	4		cnt:ENTI LOCALI DAL 01/04/99 AGG. AL 31/12/2009:liv:C1 Ind. Vig. (ex 5	Altre cause	16	0	2	28	0	2	28	No	Si	Si	No
30/06/2012	03/09/2012	No	Comune Di Monopoli Monopoli	2	1	4		cnt:ENTI LOCALI DAL 01/04/99 AGG. AL 31/12/2009:liv:C1 Ind. Vig. (ex 5	Altre cause	16	0	2	4	0	2	4	No	Si	Si	No

cognome e nome	data di nascita	Pratica N
CILENTI SIMONA	07/09/1975	1

QUADRO 5: Retribuzioni annue contributive relative ai periodi indicati al Quadro 4, a tutto il 31/12/1992

al		
----	--	--

N° Posizione	cognome e nome	data di nascita	Codice Fiscale
0	CILENTI SIMONA	07/09/1975	CLNSMN75P47F104P

Dal	15/06/2010	Importo annuo
Al	30/06/2010	
1	Retribuzioni fisse e continuative	21202,19
2	13^ delle retrib.fisse e continuative	1628,48
3	di cui Retribuzioni base per 18%	
4	Retribuzioni accessorie	
5	Indennità non annualizzabili	
6	Premio produzione	
7	Retribuzione TFS (ove applicabile)	22281,07
8	Retribuzione TFR (ove applicabile)	22281,07
9	Decreto legislativo 165/97 Art.4	
10	Legge 336/70	
TOTALE A (=1+2)		22830,67
Totale 18%(ove applicabile) (=18%*(3))		0,00
TOTALE A + 18% (ove applicabile)		22830,67
TOTALE B (=4+5+6+9)		0,00
TOTALE A + B		22830,67

Dal	01/07/2010	Importo annuo
Al	12/09/2010	
1	Retribuzioni fisse e continuative	21260,51
2	13^ delle retrib.fisse e continuative	1633,34
3	di cui Retribuzioni base per 18%	
4	Retribuzioni accessorie	
5	Indennità non annualizzabili	
6	Premio produzione	
7	Retribuzione TFS (ove applicabile)	22344,25
8	Retribuzione TFR (ove applicabile)	22344,25
9	Decreto legislativo 165/97 Art.4	
10	Legge 336/70	
TOTALE A (=1+2)		22893,85
Totale 18%(ove applicabile) (=18%*(3))		0,00
TOTALE A + 18% (ove applicabile)		22893,85
TOTALE B (=4+5+6+9)		0,00
TOTALE A + B		22893,85

Dal	15/06/2011	Importo annuo
Al	12/09/2011	
1	Retribuzioni fisse e continuative	21260,51
2	13^ delle retrib.fisse e continuative	1633,34
3	di cui Retribuzioni base per 18%	
4	Retribuzioni accessorie	
5	Indennità non annualizzabili	
6	Premio produzione	
7	Retribuzione TFS (ove applicabile)	22344,25
8	Retribuzione TFR (ove applicabile)	22344,25
9	Decreto legislativo 165/97 Art.4	
10	Legge 336/70	
TOTALE A (=1+2)		22893,85
Totale 18%(ove applicabile) (=18%*(3))		0,00
TOTALE A + 18% (ove applicabile)		22893,85
TOTALE B (=4+5+6+9)		0,00
TOTALE A + B		22893,85

Dal	30/06/2012	Importo annuo
Al	03/09/2012	
1	Retribuzioni fisse e continuative	21260,51
2	13^ delle retrib.fisse e continuative	1633,34
3	di cui Retribuzioni base per 18%	
4	Retribuzioni accessorie	
5	Indennità non annualizzabili	
6	Premio produzione	
7	Retribuzione TFS (ove applicabile)	22344,25
8	Retribuzione TFR (ove applicabile)	22344,25
9	Decreto legislativo 165/97 Art.4	
10	Legge 336/70	
TOTALE A (=1+2)		22893,85
Totale 18%(ove applicabile) (=18%*(3))		0,00
TOTALE A + 18% (ove applicabile)		22893,85
TOTALE B (=4+5+6+9)		0,00
TOTALE A + B		22893,85

Si certifica che il dipendente di cui al forontespizio ha prestato le attività relative ai servizi indicati al Quadro2 aventi le caratteristiche dichiarate al fianco di ciascun periodo, che sono riconoscibili i riscatti, le ricongiunzioni, i computi, le sistemazioni contributive e la contribuzione relativa alla prosecuzione volontaria che allo stesso dipendente spettavano le retribuzioni annue contributive indicate e che i dati riportati nel presente certificato sono conformi ad atti e/o deliberazioni approvati eventualmente dai competenti organi di controllo o di vigilanza.

data

29/05/2013

ISTRUTTORE DIPARTITIVO
Sig.ra Porzia CASCIONE





Istituto Nazionale di Previdenza per i
Dipendenti dell'Amministrazione Pubblica

-(TFR1)-

All'Inpdap Sede Provinciale/Territoriale di **BARI**

Processo T.F.S./T.F.R. e P.C.

e p.c. al Sig./a **CILENTI SIMONA**

Protocollo Inpdap

Cod. **01071645**

L'Amministrazione

Data

/ /

Prot. n.

Codice Fiscale dell'Amministrazione

0 0 3 7 4 6 2 0 7 2 2

Progressivo Inpdap

Denominazione dell'Amm.ne

COMUNE DI MONOPOLI

Sede di lavoro

MONOPOLI

Indirizzo

VIA GARIBALDI

n. **6**

Comune

MONOPOLI

Prov. **B A**

CAP

7 0 0 4 3

Telefono fisso

Fax

Comunica, ai fini della liquidazione del TFR, i dati relativi al dipendente:

Codice fiscale

C L N S M N 7 5 P 4 7 F 1 0 4 P

Cognome

CILENTI

Nome

SIMONA

Nato/a il

0 7 / 0 9 / 1 9 7 5

Sesso ☐ M ☒ F

Comune

MELFI

Prov. **P Z**

Stato di nascita

ITALIA

Qualifica / livello

cat. C1 categoria C

Residente in

Comune

MODUGNO

Prov. **B A**

CAP

7 0 0 2 6

Via/Piazza

VIA PAUCEZIA

n. **16**

Frazione

Presso

Pal.

sc.

int.

Telefono fisso

Cellulare

Fax

E-mail



Codice Fiscale

C L N S M N 7 5 P 4 7 F 1 0 4 P

Cod. 0 1 0 7 1 6 4 5

(Eventuale indirizzo diverso dalla residenza)

Comune		Prov.		CAP	
Via/Piazza		n.			
Frazione					
Presso					
Pal.		sc.		int.	
Cellulare			Telefono fisso		
E-mail			Fax		

E' cessato dal servizio per:

- | | |
|---|---|
| ☐ Limiti di età / servizio | ☐ Processi di mobilità |
| ☐ Termine contratto | ☐ Destituzione / licenziamento |
| ☒ Dimissioni | ☐ Decesso |
| ☐ Inabilità | |



Codice Fiscale

CLN|SMN|75P47F104P

Cod. 01071645

Sezione A - Servizi

Dati relativi al rapporto di servizio:

Data inizio rapporto 30/06/2012

Provvedimento del 25062012

Num. 925

Data fine rapporto 03/09/2012

Provvedimento del

Num.

Data di iscrizione ai fini Tfr e Fondo credito / /

Tipologia del rapporto ☒ Tempo determinato☐ Tempo indeterminatoOrario di servizio ☒ Intero☐ Part - time/orario ridotto

Servizio utile al Tfr

Dal 01/07/2012 Al 31/08/2012

Per un totale di mesi 2 anni 0

Assenze non retribuite



Codice Fiscale

CLN:SMN75P47F104P

Cod. 01071645

Sezione B - Retribuzione utile ai fini del TFR

						Orario di servizio		Assenze non retrib.	
Anno	Stipendio Tabellare	I.I.S.	Altre Indennità	13ma	Totale	Part time/ orario rid. ore	gg	gg	Cod
2012									
Gennaio						su			
Febbraio						su			
Marzo						su			
Aprile						su			
Maggio						su			
Giugno						su			
Luglio	2.035,04				2.035,04	36 su 36	31		
Agosto	1.959,66			294,00	2.253,66	36 su 36	31		
Settembre						su			
Ottobre						su			
Novembre						su			
Dicembre						su			
Totali	3.994,70			294,00	4.288,70				

Anno									
						su			
						su			
						su			
						su			
						su			
						su			
						su			
						su			
						su			
						su			
						su			
						su			
						su			



Codice Fiscale

CLNSMN75P47F104P

Cod. 01071645

Sezione F-Modalità di pagamento

L'iscritto chiede l'accredito:

- ☒ con assegno circolare non trasferibile
☐ con accredito su conto corrente
☐ postale
☐ bancario

C/C Bancario

Cin Cin
Paese Euro ABI CAB N° Conto

Coordinate IBAN

Attenzione!

Al fine di poter effettuare correttamente l'accreditamento, La preghiamo di riempire tutti i campi di cui sopra sulla base delle coordinate riportate sull'estratto conto, utilizzando solo lettere maiuscole o numeri e non altri caratteri (es. * , ; - /). In particolare il numero del conto corrente bancario dovrà obbligatoriamente essere in 12 caratteri.

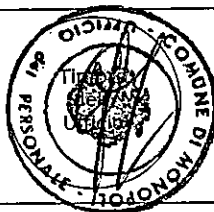
(Eventuale indirizzo diverso dalla residenza)

Comune Prov. CAP
Via/Piazza n.
Frazione
Presso
Pal. sc. int. Telefono fisso
Cellulare Fax
E-mail

MONOPOLI

18-9-2012

Luogo e data



IL DIRIGENTE
RIPARTIZIONE AFFARI GENERALI
(Dott. Pietro D'AMICO)

Il Dirigente/Il Funzionario Incaricato

RESPONSABILE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa AVARELLO Anna Maria)



Codice Fiscale

CLNSMN75P47F104P

Cod. 01071645

Dichiarazione del dipendente

E' possibile compilare il modulo e stamparlo oppure stamparlo e completarlo scrivendo in stampatello, in modo leggibile

Io sottoscritto/a

Codice fiscale

CLNSMN75P47F104P

Sesso ☐ M ☒ F

Cognome

CILENTI

Nome

SIMONA

Nato/a il

07/09/1975

Stato di nascita

ITALIA

Comune

MELFI

Prov. PZ

Residente in

Comune

MODUGNO

Prov. BA

CAP

70026

Via/Piazza

VIA PAUCEZIA

n. 16

Frazione

Presso

Pal. sc.

int.

Telefono fisso

Fax

Cellulare

E-mail

(Eventuale indirizzo diverso dalla residenza)

Comune

Prov.

CAP

Via/Piazza

n.

Frazione

Presso

Pal. sc.

int.

Telefono fisso

Fax

Cellulare

E-mail

Dichiaro

Sezione G

ai fini del pagamento del TFR:-



Codice Fiscale

CLNSMN75P47F104P

Cod. 01071645

☒ Di non aver sottoscritto con un Ente iscritto all'Inpdap un altro contratto di lavoro a decorrere dal giorno immediatamente successivo alla scadenza del precedente.

☐ Di aver sottoscritto con un Ente iscritto all'Inpdap un altro contratto di lavoro a decorrere dal giorno immediatamente successivo alla scadenza del precedente.

☐ Di autorizzare l'Inpdap a trattenere sul TFR i maggiori importi stipendiali corrisposti pari ad

€

e a versarli all'Ente datore di lavoro

☐ L'iscritto ha nominato una persona per la riscossione.

Si allega Delega

Sezione H

☐ Di non aver aderito ad alcun fondo di pensione complementare

☐ Di aver aderito al fondo pensione complementare

a decorrere dal / /

La data di inizio del rapporto di lavoro a tempo determinato, nel corso del quale è stata presentata la domanda di adesione al citato Fondo, è / /

Le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia. L'Inpdap effettuerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive (art. 71, 72, 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa).

Come stabilito dall'art.43 D.P.R. 445/2000 (Testo Unico sulla documentazione amministrativa) il richiedente può avvalersi della presente dichiarazione sostitutiva oppure indicare l'amministrazione competente e gli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti. In quest'ultimo caso, l'Inpdap rende noto che i termini del procedimento decorreranno dalla data di ricezione delle informazioni stesse.

Il richiedente può sottoscrivere questa richiesta in presenza del funzionario addetto all'autenticazione della firma, oppure, può inviarla per via telematica, posta, fax, firmata e accompagnata dalla fotocopia del suo documento di riconoscimento (Art.38, c.1 del D.P.R. 445/2000). Se il documento d'identità non è più valido, dovrà dichiarare, sulla fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti, non hanno subito variazioni dalla data di rilascio (Art.45, c.3 del D.P.R. 445/2000).

MONOPOLI

Luogo e data

18-9-2012

Firma del richiedente



CITTÀ DI MONOPOLI

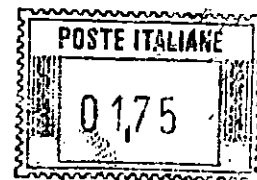
Medaglia d'Argento al Merito Civile

70043 PROVINCIA DI BARI

Mod. 106



CITTÀ DI MONOPOLI
70043 PROVINCIA DI BARI



HSF 325/01024134

*Dirigente Servizio Personale
del Comune di Modugno
Piazz. del Popolo, 16*

70026 Modugno (Ba)