ANNO 2025 (da 1.01.2025)

Comunicazione ai fini del riconoscimento del Trattamento integrativo art. 1 D.L. n. 3/2020

in relazione alle disposizioni contenute nell'art. 1 del DL n. 3/2020 che prevedono, al verificarsi di specifiche condizioni reddituali, il diritto a percepire un trattamento integrativo il cui importo massimo su base annua dall'01.01.2025 è pari ad euro 1.200,00 rapportato al periodo di lavoro:

la/il sottoscritta/o (indicare il nome e il cognome dell'effettivo beneficiario)	
Codice fiscale	
nata/o il	a
residente a	

□ **richiede** la **non** applicazione del trattamento integrativo di cui all'art. 1 del D.L. n. 3/2020;

oppure

□ **richiede** l'applicazione del trattamento integrativo di cui all'art. 1 del D.L. n. 3/2020 **e comunica** che (barrare **solamente** una delle seguenti opzioni):

□ nell'anno 2025 presuntivamente **NON** percepirà **ulteriori redditi** da lavoro dipendente e/o redditi assimilati a quello dipendente di cui tener conto ai fini del riconoscimento del trattamento integrativo di cui all'art. 1 del D.L. n. 3/2020 aggiuntivi rispetto a quelli derivanti dal rapporto con la Provincia Autonoma di Bolzano;

□ percepisce nell'anno 2025 i seguenti **ulteriori** redditi da lavoro dipendente e/o redditi assimilati a quello dipendente, pari ad euro _____, in aggiunta a quelli erogati dalla Provincia Autonoma di Bolzano e per i quali **NON** è già stato richiesto il riconoscimento del trattamento integrativo di cui all'art. 1 del D.L. n. 3/2020 ad altri datori di lavoro (diversi dalla Provincia Autonoma di Bolzano).

□ **è già stato riconosciuto per l'anno 2025** il trattamento integrativo di cui all'art. 1 del D.L. n. 3/2020 **nel corso di precedenti rapporti di lavoro** intercorsi con altri datori di lavoro (diversi dalla Provincia Autonoma di Bolzano), per un importo pari ad euro _____ riferito ad un periodo di lavoro dal _____ al _____ e ad un reddito complessivo pari ad euro _____.

Data ____/____/_____ Firma _____

firma del genitore o del tutore legale nel caso di minorenni

Se il beneficiario è minorenne, indicare i seguenti dati di chi esercita la responsabilità genitoriale:

nome e cognome _____ codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

JAHR 2025 (ab 1.01.2025)

Mitteilung für die Zuerkennung der Zusatzbehandlung des Art. 1 vom G.D. Nr. 3/2020

bezugnehmend auf die Bestimmungen des Art. 1 des G.D. Nr. 3/2020, welche bei Vorhandensein von bestimmten Voraussetzungen eine jährliche Zusatzbehandlung von maximal 1.200,00 Euro ab dem 01.01.2025 im Verhältnis zu den geleisteten Arbeitstagen vorsehen:

der/die Unterfertigte (Vor- und Zuname des effektiv Begünstigten)	
Steuernummer	
geboren am	in
wohnhaft in	

□ **fragt um <u>nicht</u> Anwendung** der Zusatzbehandlung gemäß Art. 1 des G.D. Nr. 3/2020;

oder

□ **fragt die Anwendung** der Zusatzbehandlung gemäß Art. 1 des G.D. Nr. 3/2020 und **teilt mit**, dass (kreuzen Sie **nur eine** der folgenden Optionen an):

□ für die Anrechnung der im Artikel 1 des Gesetzesdekrets Nr. 3/2020 vorgesehene Zusatzbehandlung, im Jahr 2025 nur Einkommen, welche von der Autonomen Provinz Bozen ausgezahlt werden, zu berücksichtigen sind und voraussichtlich **KEINE weitere Einkommen** aus nicht selbständiger Arbeit und/oder aus einer gleichgestellten Beschäftigung vorhanden sind;

□ zusätzlich zu den Einkommen, welche von der Autonomen Provinz Bozen ausgezahlt wurden, im Jahr 2025 weitere Einkommen aus nicht selbständiger Arbeit und/oder ähnlicher Einkommen für insgesamt _____ Euro vorzuweisen und für welche **NOCH KEINE** Anerkennung der Zusatzbehandlung laut Art. 1 des G.D. Nr. 3/2020 bei anderen Arbeitgebern (verschieden von der Autonomen Provinz Bozen) angefragt wurde;

□ dass die Zusatzbehandlung, gemäß Art. 1 des G.D. Nr. 3/2020, **bereits in vorausgegangenen Arbeitsverhältnissen** von nicht selbständiger Arbeit und/oder dieser gleichgestellt mit anderen Arbeitgebern (verschieden von der Autonomen Provinz Bozen) **im Laufe des Jahres 2025** im Ausmaß von insgesamt _____ Euro für den Zeitraum vom _____ bis zum _____und für ein Einkommen von _____ Euro **anerkannt wurde.**

Datum____/____/_____ Unterschrift_____

Unterschrift der Eltern oder gesetzl. Vertreter bei minderjährigem Antragsteller

Ist der Begünstigte minderjährig, sind die folgenden Daten des Erziehungberechtigen anzugeben:
Vor- und Zuname _____ Steuernummer |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|