



Servizio Contribuzioni
Ufficio Contribuzione Straordinaria
Via Antoniotto Usodimare, 31
00154 Roma

Mod. 3002/C_2023

(richiesta di rimborso da parte delle ditte preponenti)



Servizio Contribuzioni
Ufficio Contribuzione Straordinaria
Via Antoniotto Usodimare, 31
00154 Roma

INFORMAZIONI UTILI

1. Il modello deve essere compilato in ogni sua parte e per ciascun trimestre, anche nel caso in cui il rimborso interessi un singolo trimestre.
2. Alle richieste di rimborso di contributi previdenziali o assistenziali occorre allegare una dichiarazione a firma dell'agente che attesti l'ammontare delle provvigioni maturate nell'anno di richiesta di rimborso; tale dichiarazione deve essere corredata da copia del documento di identità dell'agente.
3. La richiesta di rimborso e i relativi allegati dovranno essere trasmesse via pec all'indirizzo protocollo@pec.enasarco.it



FONDO _____		Agente matr. _____		Cognome _____		Nome _____	
<input type="checkbox"/> Agente monomandatario	Anno	PROVVIGIONI	CONTRIBUTI VERSATI	CONTRIBUTI DOVUTI	DIFFERENZA		
<input type="checkbox"/> Agente plurimandatario	1° trimestre	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		
<input type="checkbox"/> Rapporto in essere	2° trimestre	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		
<input type="checkbox"/> Rapporto cessato	3° trimestre	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		
Data cessazione _____	4° trimestre	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		
	TOTALI	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		

FONDO _____		Agente matr. _____		Cognome _____		Nome _____	
<input type="checkbox"/> Agente monomandatario	Anno	PROVVIGIONI	CONTRIBUTI VERSATI	CONTRIBUTI DOVUTI	DIFFERENZA		
<input type="checkbox"/> Agente plurimandatario	1° trimestre	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		
<input type="checkbox"/> Rapporto in essere	2° trimestre	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		
<input type="checkbox"/> Rapporto cessato	3° trimestre	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		
Data cessazione _____	4° trimestre	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		
	TOTALI	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		

FONDO _____		Agente matr. _____		Cognome _____		Nome _____	
<input type="checkbox"/> Agente monomandatario	Anno	PROVVIGIONI	CONTRIBUTI VERSATI	CONTRIBUTI DOVUTI	DIFFERENZA		
<input type="checkbox"/> Agente plurimandatario	1° trimestre	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		
<input type="checkbox"/> Rapporto in essere	2° trimestre	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		
<input type="checkbox"/> Rapporto cessato	3° trimestre	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		
Data cessazione _____	4° trimestre	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		
	TOTALI	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		

FONDO _____		Agente matr. _____		Cognome _____		Nome _____	
<input type="checkbox"/> Agente monomandatario	Anno	PROVVIGIONI	CONTRIBUTI VERSATI	CONTRIBUTI DOVUTI	DIFFERENZA		
<input type="checkbox"/> Agente plurimandatario	1° trimestre	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		
<input type="checkbox"/> Rapporto in essere	2° trimestre	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		
<input type="checkbox"/> Rapporto cessato	3° trimestre	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		
Data cessazione _____	4° trimestre	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		
	TOTALI	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____		

Ai sensi dell'art. 46 e 47 D.P.R. 445/00 consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Si impegna a comunicare, entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento, qualsiasi variazione dovesse intervenire nei dati dichiarati. A tal fine

ALLEGA

- documento di identità in corso di validità del dichiarante.

Data,

FIRMA E TIMBRO DELLA DITTA