

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

MODULO DI RICHIESTA DELLE DETRAZIONI FISCALI ANNO _____

Il/La sottoscritto/a _____

Matricola (1) _____ nato/a a _____

il _____ residente in _____

Via/Piazza _____ n° _____

Stato civile (2) _____ Codice Fiscale _____

ai fini di quanto previsto dagli articoli 23 del D.P.R. n. 600/73, e 12 e 13 del D.P.R. 917/86, e successive modificazioni, **DICHIARA** di avere diritto alle seguenti detrazioni d'imposta a decorrere dal mese di _____

Quadro C	Familiari a carico
----------	--------------------

Coniuge	Cognome e Nome	Codice Fiscale/Data di nascita/Decorrenza ³
	_____ _____	_____ _____/_____/_____ da _____ a _____

Figli	Cognome e Nome	% di carico	Handicap (L. 104/92)	Codice Fiscale/Data di nascita/Decorrenza ³
1°	_____ _____	50 % ☐ 100 % ☐	☐	_____ _____/_____/_____ da _____ a _____

2°	_____ _____	50 % ☐ 100 % ☐	☐	_____ _____/_____/_____ da _____ a _____

3°	_____	50 % ☐ 100 % ☐	☐	_____
	_____			_____/_____/_____ da _____ a _____
4°	_____	50 % ☐ 100 % ☐	☐	_____
	_____			_____/_____/_____ da _____ a _____
5°	_____	50 % ☐ 100 % ☐	☐	_____
	_____			_____/_____/_____ da _____ a _____

☐ - Maggiorazione 1°figlio in mancanza del coniuge

Altre persone a carico ai sensi dell'art. 433 C.C.			
	Cognome e Nome	% di carico	Codice Fiscale/Data di nascita
1°	_____	50 % ☐ 100 % ☐ altra _____ %	_____/_____/_____ _____
2°	_____	50 % ☐ 100 % ☐ altra _____ %	_____/_____/_____ _____

Il/La sottoscritto/a dichiara che il reddito percepito da ciascuno dei familiari a carico non è superiore ad € 2.840,51 al lordo degli oneri deducibili.
Si allega copia di un documento di riconoscimento.

Data _____

Firma _____

1 a cura dell'ufficio competente

2 celibe/nubile coniugato/a separato/a legalmente divorziato/a vedovo/a

3 Indicare la decorrenza da mese a mese se non è l'intero anno