

**AUTOCERTIFICAZIONE
PER DETRAZIONI D'IMPOSTA**

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti dell'art. 23 del D.P.R. 29/9/73 n. 600 e successive modificazioni

ANNO

Compilare in stampatello SOLO LE SEZIONI DI PROPRIO INTERESSE e firmare in fondo al documento

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. _____ il _____ e con residenza anagrafica in _____

Prov. _____ Via _____ CAP _____

Codice Fiscale _____

Cittadinanza _____ con Domicilio Fiscale in _____

Prov. _____ Via _____ CAP _____

Stato civile celibe/nubile separato/a legalmente ed effettivamente separato
 coniugato/a vedovo/a

sotto la propria responsabilità, comunica quanto segue:

- di essere dipendente a tempo determinato
- di essere dipendente a tempo indeterminato
- di essere collaboratore coordinato e continuativo

AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 23 DEL D.P.R. 600/1973

e in particolare per gli effetti dell'applicazione delle detrazioni di cui all'art. 12 D.P.R. 917/1986 - detrazioni per carichi di famiglia - e delle detrazioni di cui all'art. 13 D.P.R. 917/1986 - altre detrazioni per reddito di lavoro dipendente:

- chiede che non siano applicate le detrazioni per redditi di lavoro dipendente e assimilati.
- chiede che non sia riconosciuto il Trattamento Integrativo dei Redditi (L. 21 del 02/04/2020 come modif. dalla Legge n. 234 del 30/12/2021)
- chiede che a partire dal mese di _____ siano riconosciute le detrazioni per carichi di famiglia.
- chiede che sia applicata un'aliquota **più alta** di quella che deriva dal ragguglio al periodo di paga degli scaglioni annui di reddito pari a : 25% 35% 43%

Data

Firma

FAMILIARI A CARICO

CONIUGE A CARICO *(N.B.: Coniuge a carico non legalmente ed effettivamente separato)*

Cognome e nome _____

Luogo di nascita e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

FIGLI A CARICO: *(N.B.: Dal 21° anno di età)*

Figlio: Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

al 50% al 100% disabile

Figlio: Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

al 50% al 100% disabile

Figlio: Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

al 50% al 100% disabile

ALTRI FAMILIARI A CARICO:

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Rapporto di parentela _____

al 50% al 100% disabile

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Rapporto di parentela _____

al 50% al 100% disabile

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni alla situazione illustrata: in assenza la presente dichiarazione avrà effetto anche per gli anni successivi, fatte salve le specifiche disposizioni contrarie.

Data

Firma