Amministrazione destinataria

Stato Italiano

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Domanda di applicazione delle detrazioni IRPEF in busta paga

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

inquadrato nel seguente profilo professionale

Figura professionale | **Categoria salariale** | **Posizione economica**

Direzione | **Servizio**

CHIEDE

- ◯ di non voler usufruire delle detrazioni d'imposta
- ◯ di voler usufruire delle detrazioni d'imposta per lavoro dipendente rapportate al periodo di lavoro nell'anno
- ◯ di voler usufruire delle detrazioni d'imposta per il coniuge a carico
- ◯ di voler usufruire delle detrazioni d'imposta per i figli a carico

☐ coniuge

(da compilare se si vuole usufruire delle detrazioni d'imposta per il coniuge a carico)

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

☐ **primo figlio**

(da compilare se si vuole usufruire delle detrazioni d'imposta per i figli a carico)

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Mancanza del coniuge

- ◯ no
- ◯ sì, al 50%
- ◯ sì, al 100%

Persona con disabilità

- ◯ no
- ◯ sì, a decorrere dal

Data di decorrenza

☐ **secondo figlio**

(da compilare se si vuole usufruire delle detrazioni d'imposta per i figli a carico)

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Mancanza del coniuge

- ◯ no
- ◯ sì, al 50%
- ◯ sì, al 100%

Persona con disabilità

- ◯ no
- ◯ sì, a decorrere dal

Data di decorrenza

☐ **terzo figlio**

(da compilare se si vuole usufruire delle detrazioni d'imposta per i figli a carico)

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Mancanza del coniuge

- ◯ no
- ◯ sì, al 50%
- ◯ sì, al 100%

Persona con disabilità

- ◯ no
- ◯ sì, a decorrere dal

Data di decorrenza

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☐ copia del documento di identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante