DETRAZIONI D'IMPOSTA - REDDITI DI LAVORO DIPENDENTE

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti dell'art. 23 del Dpr 29/9/73 n. 600

Alla PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
Ufficio Previdenza e Stipendi della scuola a carattere statale
Via don G. Grazioli, 1
38122- T R E N T O
email: uff.stipendiscuola@provincia.tn.it – FAX 0461491339

ATTENZIONE: prima di compilare il presente modello leggere attentamente il foglio istruzioni. Se il modello è utilizzato per la variazione della situazione precedentemente dichiarata, lo stesso dovrà essere interamente compilato (riconfermando tutte le eventuali altre detrazioni già in essere).
Il modello deve essere sottoscritto sul retro.

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

Il ___/___/____ codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| matricola n. _____

tel.: _____ docente a tempo indeterminato ☐ o tempo determinato ☐

STATO CIVILE[1]:

☐ Celibe/nubile ☐ Coniugato/a ☐ Vedovo/a

☐ Separato/a ☐ Divorziato/a ☐ Unito civilmente

Dati anagrafici del coniuge, se presente

Cognome e nome del coniuge	Luogo e data di nascita	Codice fiscale
	__ /__/____	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

CHIEDE

di usufruire delle seguenti detrazioni di cui dichiara sotto la propria responsabilità di avere diritto

☒ **PER LAVORO DIPENDENTE (art. 13 del TUIR)**
☐ **DI NON APPLICARE le detrazioni per lavoro dipendente**

e PER I SEGUENTI FAMILIARI A CARICO DICHIARA (art.12 dei TUIR)

ATTENZIONE: i familiari a carico non devono possedere redditi superiori a **€ 2.840,51 annui**, al lordo degli oneri deducibili.
Nel caso di superamento del predetto limite nel corso dell'anno, **la detrazione non compete per l'intero anno e quindi va indicato GENNAIO dell'anno in corso come mese di decorrenza.**

NB: non è possibile richiedere la detrazione fiscale per il coniuge dal quale si è legalmente ed effettivamente separati

☐ **CONIUGE A CARICO a decorrere dal mese ___/_____-[2]**

☐ **CONIUGE NON PIU' A CARICO a decorrere dal mese ___/_____-[2]**

FIGLI A CARICO: SÌ DAL __/__/_____ NO DAL __/__/_____

FIGLIO	*DATI ANAGRAFICI*	% CARICO[3]	PORTATORE DI HANDICAP	MANCANZA DEL CONIUGE[4]
1°	C.F.: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Cognome _____ Nome _____ Comune di nascita:_____ Data di nascita: ___/___/_____	☐ 100 % ☐ 50 %	☐	☐
2°	C.F.: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Cognome _____ Nome _____ Comune di nascita:_____ Data di nascita: ___/___/_____	☐ 100 % ☐ 50 %	☐	
3°	C.F.: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Cognome _____ Nome _____ Comune di nascita:_____ Data di nascita: ___/___/_____	☐ 100 % ☐ 50 %	☐	
4°	C.F.: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Cognome _____ Nome _____ Comune di nascita:_____ Data di nascita: ___/___/_____	☐ 100 % ☐ 50 %	☐	
5°	C.F.: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Cognome _____ Nome _____ Comune di nascita:_____ Data di nascita: ___/___/_____	☐ 100 % ☐ 50 %	☐	

☐ ulteriore detrazione per **almeno 4 FIGLI a carico** [5] al ☐ **100 %** ☐ **50 %**

ALTRI FAMILIARI A CARICO [6] **SI** **NO** percentuale **50** **100**

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| decorrenza [2] _____/____

Cognome _____

Nome _____

Comune di nascita:_____- Data di nascita: ___/___/_____

rapporto di parentela _____

LE DETRAZIONI D'IMPOSTA SONO EFFETTUATE SE IL DIPENDENTE DICHIARA DI AVERVI DIRITTO INDICANDONE LE CONDIZIONI DI SPETTANZA ED I **CODICI FISCALI** DEI SOGGETTI PER I QUALI SI RICHIEDONO.

IN CASO DI VARIAZIONI DELLA SITUAZIONE SOPRAINDICATA IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE LE RELATIVE MODIFICAZIONI.

DATA _____ FIRMA_____

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL DICHIARANTE

Tutte le specifiche riguardo l'uso dei dati personali e i diritti del dichiarante sono comprese nella nota "Informativa al dipendente ai sensi del regolamento UE 679/2016 – Trattamento dati relativo alla gestione del rapporto di lavoro" pubblicata sullo Sportello del Dipendente nella sezione Informativa Privacy ai sensi del Regolamento UE 679/2016.