



DIPARTIMENTO PROVINCIALE DEL MINISTERO  
DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE  
DIREZIONE PROVINCIALE DEI SERVIZI VARI  
**VERONA**

L.ge Capuleti 11 - Tel.045-8083011 / Fax.045-8001446

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLE DETRAZIONI D'IMPOSTA**

ANNO \_\_\_\_\_

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nt. il \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_  
titolare della iscrizione n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

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 e integrazioni.- **DICHIARA di aver diritto alle seguenti detrazioni d'imposta annue a decorrere**

DAL \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

	SI	NO
- DETRAZIONI D'IMPOSTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- CONIUGE A CARICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- PER N. _____ FIGLI A CARICO _____ %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DI CUI N. _____ INFERIORI AI 3 ANNI – Data di nascita 1) - _____ / _____ / _____		
2) - _____ / _____ / _____		
DI CUI N. _____ CON HANDICAP (ai sensi dell'art.3 della legge 5 febbraio 1992, n° 104)		
- FIGLI NON RICONOSCIUTI DALL'ALTRO GENITORE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-VEDOVA/O CON N. _____ FIGLI A CARICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-ALTRI FAMILIARI A'CARICO N° _____ %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S'impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione a modifica della situazione sopra illustrata e si dichiara edotto che nel caso di godimento di indebite detrazioni(conseguenti ad errate indicazioni nella presente dichiarazione o ad omessa comunicazione di variazione), sono stabilite per legge specifiche pene pecuniarie a suo carico *(la detrazione per il coniuge e i familiari a carico non spetta, se nel corso dell'anno, il reddito del familiare ha superato il limite di € 2.840,51).*

VERONA, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_