CENTRO NEUROLESI
BONINO PULEJO
IRCCS MESSINA

U.O.C. Gestione Risorse Umane
Trattamento Economico
stipendi@irccsme.it

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 **fissa** e **più alta** di quella che deriva dal ragguaglio al periodo di paga degli scaglioni annui di reddito **pari a :** ❑ 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 .....