

**Amministrazione destinataria**

Comune di Castelfidardo

**Ufficio destinatario**

Segretario Generale

**Domanda di applicazione delle detrazioni IRPEF in busta paga****Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune								<input type="checkbox"/>	
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)*

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Data di nascita</b>	<b>Sesso</b>	<b>Luogo di nascita</b>	<b>Cittadinanza</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Mancanza del coniuge**

- no
- sì, al 50%
- sì, al 100%

**Portatore di handicap**

- 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)*

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Data di nascita</b>	<b>Sesso</b>	<b>Luogo di nascita</b>	<b>Cittadinanza</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Mancanza del coniuge**

- no
- sì, al 50%
- sì, al 100%

**Portatore di handicap**

- 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)*

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Data di nascita</b>	<b>Sesso</b>	<b>Luogo di nascita</b>	<b>Cittadinanza</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Mancanza del coniuge**

- no
- sì, al 50%
- sì, al 100%

**Portatore di handicap**

- 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.