

Amministrazione destinataria

Regione Sardegna

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Domanda di applicazione delle detrazioni IRPEF in busta paga

Il sottoscritto

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Residenza | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | | Civico | Barrato |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | | | Scala | Piano |
| | | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | | | SNC | CAP |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | | Posta elettronica certificata | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

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

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

inquadrato nel seguente profilo professionale

| | | | | | |
|----------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| Figura professionale | | Categoria salariale | | Posizione economica | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Direzione | | | Servizio | | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |

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 | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |

primo figlio

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

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

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

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

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