



**PER LA SCHEDA "FIGLI A CARICO" SBARRARE LE CASELLE CHE INDICANO LA EFFETTIVA SPETTANZA FIGLI (SOLO SE A CARICO)**

FIGLIO	DATI ANGRAFICI	MANCANZA DEL CONIUGE? <sup>1</sup>	% CARICO <sup>2</sup>	PORTATORE DI HANDICAP?	DECORRENZA <sup>3</sup> mese/anno
1°	C.F.: _____ Cognome _____ Nome _____ Comune di nascita _____ Data di nascita _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 50 %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____/2020
2°	C.F.: _____ Cognome _____ Nome _____ Comune di nascita _____ Data di nascita _____		<input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 50 %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____/2020
3°	C.F.: _____ Cognome _____ Nome _____ Comune di nascita _____ Data di nascita _____		<input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 50 %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____/2020
4°	C.F.: _____ Cognome _____ Nome _____ Comune di nascita _____ Data di nascita _____		<input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 50 %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____/2020
5°	C.F.: _____ Cognome _____ Nome _____ Comune di nascita _____ Data di nascita _____		<input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 50 %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____/2020

ulteriori detrazioni per almeno 4 FIGLI a carico al  100 %  50 %

<b>ALTRI FAMILIARI A CARICO</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> C. F.: _____ Cognome _____ Nome _____ Comune di nascita _____ Data di nascita ____/____/____ DECORRENZA _____/2020
<b>DICHIARAZIONE AI FINI DELL'ATTRIBUZIONE DELL'ULTERIORE DETRAZIONE PER FAMIGLIE NUMEROSE</b> (ai sensi del combinato disposto dell'art. 12, comma 1/bis, del DPR 917/1986 e dell'art. 23 del DPR 600/1973) <b>E DEL CREDITO DI CUI ALL'ART. 12 COMMA 3, DEL DPR 917/1986 IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA ESPRESSAMENTE E SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' - DI AVER DIRITTO PER L'ANNO 2019</b> alla ulteriore detrazione prevista dal comma 1-bis, art. 12 del DPR 917/1986, <b>nella percentuale di spettanza di</b> <input type="checkbox"/> 100 % - <input type="checkbox"/> 50 %

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

**IN CASO DI VARIAZIONE DELLA SITUAZIONE SOPRAINDICATA IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE LE RELATIVE MODIFICHE.**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

<p align="center"><b>INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL DICHIARANTE</b>                  (art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali")</p> <p>Titolare dei dati è l'ASP di REGGIO CALABRIA. I dati forniti sono utilizzati, anche con strumenti informatici, per la determinazione del corretto trattamento fiscale delle somme da erogare.</p> <p>Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente dell'Ufficio Gestione Risorse Umane che provvede alla nomina degli incaricati all'interno della struttura di sua competenza.</p> <p>I dati raccolti attraverso il presente modulo non sono oggetto di comunicazione a soggetti esterni alla ASP DI REGGIO CALABRIA.</p> <p>Il dichiarante può rivolgersi, in ogni momento, al responsabile del trattamento presso il quale ha presentato la dichiarazione o l'attestazione per verificare i dati che lo riguardano e farli eventualmente aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento, se trattati in violazione di legge (art. 7 del decreto legislativo 196/2003).</p>
--