

Al Comune di \_\_\_\_\_

Oggetto: richiesta misure di sostegno economico ex art.5 l. r. n. 45/2013. Anno d'imposta 2020

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il/ / /  
residente a \_\_\_\_\_ ( ) alla via \_\_\_\_\_, stato civile \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_,

ai fini di quanto previsto dall'art 5 comma 1 della legge regionale n. 45 del 30/12/2013, in base al quale per il periodo di imposta relativo, le detrazioni previste dall'articolo 12, comma 1, lettera c), del dpr 917/1986 sono maggiorate, nell'ambito dell'addizionale regionale all'IRPEF e secondo quanto previsto dal comma 5 dell'articolo 6 del d.lgs. 68/2011, dei seguenti importi: a) 20 euro per i contribuenti con almeno 4 figli a carico, per ciascun figlio, a partire dal primo, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi o affidati; b) la detrazione spettante è aumentata di un importo pari a 375 euro per ogni figlio con diversa abilità ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 - legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone portatori di handicap).

Consapevole delle sanzioni civili e penali previste dagli art. 75 e 76 dei D.P.R n° 445 del 28/12/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, ai sensi degli artt. 46 e 47 dei D.P.R. n° 445/2000,

DICHIARA

> di aver diritto alle detrazioni per carichi di famiglia (art. 12 del D.P.R. n° 445/2000) per i seguenti figli a carico, in quanto non hanno percepito, nell'anno 2020, un reddito complessivo superiore ad € 2.840,51, al lordo degli oneri deducibili:

n.	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale	Mesi a carico	50%	100%	L 104/92 (si/no)

- > di essere soggetto IRPEF e che il proprio reddito complessivo, imponibile fiscalmente, nell'anno 2020 è pari ad € \_\_\_\_\_
- > di avere diritto alle misure di sostegno economico previste dall'art. 5 comma 3 della Legge Regionale n.45/2013;
- > di non aver potuto usufruire delle detrazioni di cui all'art 5 comma 1 della L.R. 45/2013, pari ad € \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ figli a carico, di cui n. \_\_\_\_\_ con diversa abilità ai sensi dell'art. 3, legge n. 104/92, come sopra indicati, in quanto il livello di reddito e la relativa imposta, calcolata su base familiare, non ha consentito / ha parzialmente consentito per un importo pari ad € \_\_\_\_\_ l'utilizzo delle predette detrazioni;
- > di essere stato informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n.196/2003, che i suoi dati personali (anche riferiti a condizioni di salute) saranno raccolti dal Comune di \_\_\_\_\_ e trattati esclusivamente per rispondere alle richieste di intervento che lo riguardano;
- > di autorizzare, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003, il Comune di \_\_\_\_\_ a raccogliere e trattare i propri dati personali esclusivamente per rispondere alle richieste di Intervento che lo riguardano.

CHIEDE

ai sensi dell'art. 5 comma 3 della L.R. 45/2013, il pagamento della somma di € \_\_\_\_\_ mediante versamento sul conto corrente

IBAN \_\_\_\_\_ ovvero mediante \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

firma del dichiarante

- Si allegano:
- copia della carta di identità
  - copia Codice IBAN
  - dichiarazione dei redditi 2021 per l'anno 2020 (Unico, 730, 740, CUD ecc.)
  - eventuale verbale di accertamento dello stato di handicap (Legge 104/92)