

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano
"Alto Tavoliere" – San Severo (FG)

Per il tramite
Ufficio Servizi Sociali del Comune di

**OGGETTO: Richiesta misure di sostegno economico ex art. 3 Legge Regionale n. 40 del 28.12.2015.
Anno d'imposta 2023.**

Il/la _____ sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ residente a _____
alla via _____ n. _____ stato civile _____,
Cod. Fisc: _____ e-mail _____ ,
telefono _____ ,

ai fini di quanto previsto dall'art. 3 della legge regionale n. 40 del 28/12/2015 (in base al quale, a decorrere dal periodo d'imposta 2016 e per gli anni successivi, le detrazioni previste dall'articolo 12, comma 1, lettera c), del D.P.R. 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 per i contribuenti con più di tre figli a carico, per ciascun figlio, a partire dal primo, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi o affidati; b) € 375 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 handicappate" e dall'art. 3 comma 3 della legge regionale n. 40 del 28/12/2015 (in base al quale, qualora il livello di reddito e la relativa imposta, calcolata su base familiare, non consente la fruizione delle detrazioni di cui al comma 1, il soggetto IRPEF usufruisce di misure di sostegno economico diretto equivalenti alle detrazioni spettanti), consapevole delle sanzioni civili e penali previste dagli art. 75 e 76 del 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 del 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 fiscale **2023**, un reddito complessivo superiore ad oppure 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% | Riconoscimento Invalidità – Art. 3 L. 104/92 (Si/No) |
|---|----------------|-------------------------|----------------|---------------|-----|------|--|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |

- di essere soggetto IRPEF e che il proprio reddito complessivo, imponibile fiscalmente, nell'anno **2023** è pari ad €. _____;
- di avere diritto alle misure di sostegno economico previste dall'art.3 comma 3 della L.R. n. 40/2015;
- di non aver potuto usufruire delle detrazioni di cui all'art 3 della L. R. 40/2015, 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 dei 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. 3 comma 3 della L. R. 40/2015, il pagamento della somma di € _____ mediante versamento sul proprio conto corrente bancario/postale IBAN _____ ovvero mediante

Firma del/la dichiarante

Documenti da allegare alla domanda:

- Documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del richiedente
- Dichiarazione dei redditi Irpef Modello 730 Redditi 2023 del dichiarante/richiedente il beneficio economico
- Certificato di diversa abilità relativo ai figli presenti nel nucleo familiare del dichiarante/ richiedente il beneficio economico