



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE – UFFICIO TRATTAMENTO ECONOMICO

Via Giuseppe Di Vittorio, 51 '97100 RAGUSA

DICHIARAZIONE DI SPETTANZA DELLE DETRAZIONI PER CARICHI DI FAMIGLIA E DI LAVORO DIPENDENTE (art.23, COMMA 2, LETT. A DPR n. 600/73) - ANNO D'IMPOSTA 201__

_ l _ sottoscritt_ _____ matricola _____

nat_ il _____ a _____ residente a _____

in via _____

Tel. Ufficio _____ Tel. Abit. _____ Tel. Cell. _____

Stato civile: · coniugato/a · celibe/nubile · separato/a - divorziato/a · vedovo/a

in qualità di dipendente di questa Azienda e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che, a decorrere dal _____

· ha diritto alle seguenti detrazioni:

- per lavoro dipendente SI · NO ·
- per familiari a carico SI · NO ·

Indicare esclusivamente i dati relativi ai familiari a carico:

n	Cognome e Nome	Data di Nascita	Comune di nascita	Codice fiscale	Grado di parentela	figlio al posto del coniuge SI NO	% detr. 0 50 100	inabile SI NO	< 3 anni SI NO
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Grado di parentela: C (coniuge) F (figlio/figlia) G (genitore) FR (fratello/sorella) N (nipote) A (altro)

Data

Firma
