

AL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

SEDE

OGGETTO: Dichiarazione concernente il diritto alle detrazioni annue d'imposta.

...I...sottoscritt...CognomeNome.....

Data di nascita...luogo di nascita.....

Residenza

Stato civile

Dichiara che per l'anno 20 ha diritto alle seguenti detrazioni fiscali:

- coniuge a carico.....CODICE FISCALE
- Per n. Figli a carico/non a carico
- CODICE FISCALE
- CODICE FISCALE
- CODICE FISCALE
- CODICE FISCALE
- Altre detrazioni

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente a codesta Amministrazione ogni variazione che dovesse comportare la perdita o l'acquisizione del diritto alle detrazioni previste.

Data _____

Firma _____