All'Ufficio _____ del Comune di _____

Oggetto: richiesta misure di sostegno economico ex art.3 L.R. n. 40/2015

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (__) il __/__/____
Residente a _____ (__) alla via _____n. ___, stato civile _____,
C.F. _____, e-mail _____, telefono _____,
ai fini di quanto previsto dall'art. 3 comma 1 della legge regionale n. 40 del 28/12/2015 (in base al quale, a decorrere dal periodo di imposta 2016, 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 più di tre figli a carico, per ciascun figlio, a partire dal primo, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi o affidati; b) la detrazione spettante ai sensi della lettera a) 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 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 2025, un reddito complessivo superiore ad € 4.000,00 per i figli di età non superiore a ventiquattro anni al lordo degli oneri deducibili, ed € 2.840,51 in tutti i restanti casi:

n	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale	Mesi a carico	50%	100%	Riconoscimento invalidità – art. 3 L. 104/92 (sì/no)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

- Di avere diritto alle misure di sostegno economico previste dall'art. 3 comma 3 della Legge Regionale n. 40/2015;
- Di non aver potuto usufruire delle detrazioni di cui all'art. 3 comma 1 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 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. 3 comma 3 della L.R. 40/2015, il pagamento della somma di € _____, mediante versamento sul conto corrente IBAN _____, ovvero mediante _____.

Data, _____

_____

Firma del richiedente

Si allega copia della carta di identità