Ambito Territoriale n.1 Piano Sociale di Zona A.S.L. BA

Comune di Giovinazzo
Ass. alle Politiche Sociali

Comune di Molfetta
Settore Socialità

Alla c.a.
Dirigente dell'Ufficio di Piano
Comune di Molfetta
Via Martiri di Via Fani 2/b – Via
Molfettesi d'Argentina
70056 Molfetta

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 per l'anno d'imposta 2025.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov. _____

il _____ residente a _____ alla via _____

n. ___ stato civile _____ Cod. Fisc. _____

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 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 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 fiscale 2025, un reddito complessivo superiore ad €. 4000,00 (nel caso di figli di età non superiore a 24 anni) oppure ad €. 2.840,51 (in tutti i restanti casi), al lordo degli oneri deducibili.

Ambito Territoriale n.1 Piano Sociale di Zona A.S.L. BA

Comune di Giovinazzo
Ass. alle Politiche Sociali

Comune di Molfetta
Settore Socialità

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							
9							
10							

- di essere soggetto IRPEF e che il proprio reddito complessivo, imponibile fiscalmente, nell'anno 2025 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 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 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. n. 40/2015, il pagamento della somma di € _____ mediante versamento sul proprio conto corrente bancario/postale IBAN _____ presso _____, ovvero mediante _____.

Luogo e data, _____

_____
Firma del dichiarante

Si allega:

- **Copia di documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità;**
- **copia della dichiarazione dei redditi (MOD. CUD – 730 – UNICO) di ciascun componente del nucleo familiare, relativamente ai redditi percepiti nell'anno 2025;**
- **Copia documentazione medica attestante eventuali l'invalidità**