barcode

Esente da
bollo ai sensi
del DPR 642/72

**Alla**
**PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO**
Agenzia provinciale per l'assistenza e
la previdenza integrativa
Via Zambra 42 – Top Center
38121 TRENTO TN

apapi.pensionecasalinghe@pec.provincia.tn.it

**DICHIARAZIONE CONCERNENTE IL DIRITTO ALLE DETRAZIONI D'IMPOSTA PER LA PENSIONE REGIONALE DI VECCHIAIA**
(*art. 23 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 600 e successive modificazioni*)
..

Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome _____ nome _____ sesso _____
(per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)

nato/a a _____ (Provincia _____ ) il _____
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (gg/mm/aaaa)

residente a _____ CAP _____ Provincia _____ )

indirizzo _____ n. civico_____

codice fiscale _____

indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata (PEC) _____

telefono _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre, n. 445).

**D I C H I A R A**

**di avere diritto alle seguenti DETRAZIONI DI IMPOSTA**:

1. **DETRAZIONI PER REDDITI DA PENSIONE** ❑ **SI** ❑ **NO**
   (art. 13 del T.U. delle Imposte sui Redditi)

2. **DETRAZIONE PER FAMILIARI A CARICO**

Si ricorda che le persone eventualmente a carico non devono possedere redditi superiori a € 2.840,51 annui, al lordo degli oneri deducibili.
Per ogni **familiare a carico** indicare i dati di seguito richiesti.

CONIUGE A CARICO ❑ **SI** ❑ **NO**

| ***coniuge*** | ***Dati anagrafici*** | ***a carico*** | ***Decorrenza mese/anno*** |
|---|---|---|---|
| | C.F.: \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|<br>Cognome _____<br>Nome _____<br>Nato a :_____<br>Data di nascita: ___/___/_____ | ❑ NO<br>❑ SI | _____/_____ |

FIGLIO A CARICO ❑ **SI** ❑ **NO**

| ***figlio*** | ***Dati anagrafici*** | ***Mancanza del coniuge*** | ***% carico*** | ***Portatori di handicap*** | ***Decorrenza mese/anno*** |
|---|---|---|---|---|---|
| **1°** | C.F.: \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|<br>Cognome _____<br>Nome _____<br>Nato a :_____<br>Data di nascita: ____/___/_____ | ❑ NO<br>❑ SI | ❑ 100 %<br>❑ 50 % | ❑ NO<br>❑ SI | ____/_____ |

ALTRI FAMILIARI A CARICO ❑ **SI** ❑ **NO**

| ***Altro familiare*** | ***Dati anagrafici*** | ***% carico*** | ***Decorrenza mese/anno*** |
|---|---|---|---|
| | C.F.: \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|<br>Cognome _____<br>Nome _____<br>Nato a :_____<br>Data di nascita: ___/___/_____ | ❑ 100 %<br>❑ 50 % | ____/_____ |

**Dichiara altresì**

- di essere a conoscenza che le detrazioni **SPETTANO UNA SOLA VOLTA**, pertanto non possono essere riconosciute sulle prestazioni erogate dall'Agenzia, qualora siano già previste su altri redditi percepiti per lavoro dipendente o assimilati;

- di impegnarsi a comunicare TEMPESTIVAMENTE all'Agenzia ogni variazione che dovesse comportare la perdita o la modificazione del diritto alle detrazioni d'imposta qui richieste, e solleva l'Agenzia da ogni inerente responsabilità;

- di essere a conoscenza che la mancata tempestiva comunicazione di eventuali variazioni riguardanti il diritto alle detrazioni d'imposta richieste può comportare sanzioni.

- di aver ricevuto e preso visione dell'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679) approvata con determina del Dirigente dell'Agenzia per la previdenza e assistenza integrativa n. 477 di data 4 marzo 2024;

- di essere a conoscenza che tutte le informazioni su come l'Agenzia raccoglie, utilizza e divulga i miei Dati Personali, oltre ad informazioni sui miei diritti e su come posso esercitarli, sono contenuti nell'Informativa sulla Privacy che posso consultare in forma integrale e aggiornata all'indirizzo:

**www.apapi.provincia.tn.it - sezione Privacy**
Informativa pensione regionale alle persone casalinghe (legge regionale 3/93)

Luogo e data FIRMA DELL'INTERESSATO

…… ……

Ai sensi dell'articolo 38 del d.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente domanda è stata:

☐ sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

_____
*(indicare in stampatello il nome del dipendente)*

☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.