



COMUNE DI BARI
Assessorato al Welfare
Assessorato alla città solidale ed inclusiva
Ripartizione Servizi alla Persona

Al Comune di Bari

OGGETTO: Richiesta misure di sostegno economico ex art. 3 Legge Regionale n. 40 del 28.12.2015.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

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 2019, un reddito complessivo superiore ad €. 4.000,00 (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.



COMUNE DI BARI

Assessorato al Welfare

Assessorato alla città solidale ed inclusiva

Ripartizione Servizi alla Persona

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 2019 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. 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 del documento di riconoscimento in corso di validità