

# DICHIARAZIONE AI FINI DELLE DETRAZIONI D'IMPOSTA

(art. 23 D.P.R. n.600/73 e successive modificazioni)

ALLEGATO 2

Spettabile azienda,

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	TELEFONO
RESIDENZA FISCALE: VIA, CAP, COMUNE, PROVINCIA AL	01/01/2024	CELLULARE
DOMICILIO SE DIVERSO DA RESIDENZA		
STATO CIVILE		
<input type="checkbox"/> CELIBE/NUBILE	<input type="checkbox"/> DIVORZIATO/A - SCIOLTO/A DA UNIONE CIVILE	
<input type="checkbox"/> CONIUGATO/A - UNITO/A CIVILMENTE	<input type="checkbox"/> VEDOVO/A - PARTE SUPERSTITE DELL'UNIONE CIVILE	
<input type="checkbox"/> SEPARATO/A LEGALMENTE	<input type="checkbox"/> CONVIVENZA REGOLAMENTATA	

## DICHIARO

sotto la mia responsabilità che a decorrere dal \_\_\_\_\_, ai sensi dell'art. 23 D.P.R. n. 600/73 di aver diritto alle detrazioni d'imposta di cui art.12 e art.13, comma 1, lettere a), b), c) e comma 2 del T.U.I.R. approvato con D.P.R. n.917/86 e successive modifiche, di seguito specificate (contrassegnare le caselle che interessano)

### DETRAZIONI PER REDDITO DI LAVORO DIPENDENTE (art.13, commi 1 e 2 del T.U.I.R.)

- Richiedo l'applicazione delle detrazioni per lavoro dipendente Reddito aggiuntivo : \_\_\_\_\_ €
- Richiedo la **NON** applicazione delle detrazioni per lavoro dipendente
- Dichiaro che quello in essere è l'unico rapporto di lavoro che ho instaurato nell'anno

### DECORRENZA PRIMA OCCUPAZIONE NELLA VITA LAVORATIVA

- Ante 28/04/1993  Dal 31/12/1995 ed ante 1/01/2007
- Dal 28/04/1993 ed ante 31/12/1995  Dal 1/01/2007 - Data \_\_\_\_\_

### APPLICAZIONE ALIQUOTA PIU' ELEVATA

- Di quella che deriva dal ragguaglio al periodo di paga degli scaglioni annui di reddito per evitare che l'imposta dovuta in sede di dichiarazione dei redditi sia troppo elevata: \_\_\_\_\_ %

### ADDIZIONALE REGIONALE

- Ai fini dell'applicazione dell'addizionale regionale dovuta (ai sensi dell'articolo 50 del decreto legislativo 446/97 e delle Leggi Regionali applicate dalle singole Regioni), dichiaro che nel nucleo familiare **sono presenti familiari disabili** ai sensi della Legge 5 Febbraio 1992 n.104.

### PRECEDENTE RAPPORTO DI LAVORO NELL'ANNO

- Mi avvalgo della facoltà prevista dal D.P.R. 600/73 art.23, comma 4 tenendo conto, ai fini dell'applicazione delle ritenute fiscali per l'anno 2024 anche delle somme corrisposte, delle ritenute operate e delle deduzioni effettuate nel corso del precedente rapporto di lavoro.  
Allego Certificazione Unica / Certificazione Sostitutiva.

### RINUNCIA ALLA DETASSAZIONE DEL 5% SU PREMI DI RISULTATO (L.208/2015)

Richiedo l'applicazione della tassazione ordinaria sulle somme corrisposte per premi di risultato e non l'imposta sostitutiva del 5% come previsto dalla legge 208/2015

- per mia rinuncia esplicita
- in quanto l'ammontare del reddito di lavoro dipendente e assimilato dell'anno 2023 è risultato superiore a quanto previsto dalla normativa vigente pari a 80.000,00 Euro

### DETRAZIONE D'IMPOSTA SUL TFR (L. 244/2007)

- Dichiaro di non avere già usufruito della detrazione d'imposta sul T.F.R. come previsto dall'art.2, c.514 della legge 244/2007, in relazione ad altro rapporto di lavoro cessato nel periodo d'imposta

### TRATTAMENTO INTEGRATIVO (art.1 D.L. 3/2020)

- Richiedo l'applicazione del trattamento integrativo Reddito aggiuntivo: \_\_\_\_\_ €
- Richiedo la **NON** applicazione del trattamento integrativo
- Richiedo l'applicazione del trattamento integrativo solo in sede di conguaglio

# DICHIARAZIONE AI FINI DELLE DETRAZIONI D'IMPOSTA

(art. 23 D.P.R. n.600/73 e successive modificazioni)

Spettabile azienda,

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE

## DETRAZIONI PER CARICHI DI FAMIGLIA (art. 12 del T.U.I.R.)

### CONIUGE

Si precisa che il codice fiscale del coniuge deve essere indicato anche se non è a carico. Inoltre, il coniuge è a carico se non possiede reddito proprio superiore a € 2.840,51 annui al lordo degli oneri deducibili.

CODICE FISCALE CONIUGE		COGNOME E NOME	
------------------------	--	----------------	--

Coniuge a carico dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, non legalmente ed effettivamente separato

Coniuge mancante (deceduto; non ha riconosciuto i figli naturali; da certificazione dell'autorità giudiziaria risulta lo stato di abbandono)

### CODICI FISCALI FIGLI

Le detrazioni per figli a carico spettano solo per figli di età pari o superiore a 21 anni, a condizione che possiedano un reddito complessivo annuo non superiore ad € 2.840,51, elevato a € 4.000,00 se di età non superiore a 24 anni.

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DECORRENZA PER FIGLI ADOTTIVI	DATA SCADENZA	DISABILE	% CARICO	
					50%	100%
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CODICE FISCALE ALTRO GENITORE  
(DIVERSO DA CONIUGE)

--

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ coniuge del dichiarante / altro genitore, attesta che concorda per l'assegnazione a quest'ultimo delle detrazioni per i figli a carico **nella misura del 100%** essendo il titolare del reddito più elevato (art. 12 comma 1, del Dpr n.917/1986, e successive modificazioni).

In fede \_\_\_\_\_

### ALTRI FAMILIARI CONVIVENTI A CARICO

(con redditi non superiori ad € 2.840,51 annui)

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DECORRENZA	DATA SCADENZA	DISABILE	% CARICO
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	

### ALTRI FAMILIARI NON A CARICO

L'indicazione del codice fiscale è richiesta per il rimborso delle spese nell'ambito di piani di Welfare aziendale, l'indennità per congedi L. 104/92 e l'abbattimento dell'addizionale regionale ove previsto.

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DECORRENZA	DATA SCADENZA	DISABILE
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

### DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Dichiara inoltre:

di essere pensionato Cat. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ con quote da trattenere pari a \_\_\_\_\_ € per il giorno e pari a \_\_\_\_\_ € su tredicesima mensilità (allegare frontespizio libretto di pensione).

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni intervenute sulla situazione dichiarata.

DATA

FIRMA DEL DICHIARANTE