

CODICE DITTA	SIGLA OPERATORE
DATA PROTOCOLLO	
NUMERO PROTOCOLLO	

DICHIARAZIONE PER I FAMILIARI A CARICO

Il sottoscritto titolare/legale rappresentante dell' impresa

DICHIARA CHE

il sig. nato a
il e residente a in via
cap è alle dipendenze di questa impresa a far data dal con la qualifica di

e conformemente alle vigenti disposizioni di legge vengono operate le detrazioni fiscali per le seguenti persone a carico:

(cognome, nome, luogo e data d nascita,C.F., relazione parentale)

1)

(cognome, nome, luogo e data d nascita,C.F., relazione parentale)

2)

(cognome, nome, luogo e data d nascita,C.F., relazione parentale)

3)

(cognome, nome, luogo e data d nascita,C.F., relazione parentale)

4)

(cognome, nome, luogo e data d nascita,C.F., relazione parentale)

5)

Luogo

Data

Timbro impresa
e firma del legale rappresentante

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del REG. UE 2016/679, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dal REG. UE 2016/679, e di acconsentire al trattamento dei miei dati.