



AMBITO DI ZONA DI GALLIPOLI

PROVINCIA DI LECCE

Comuni di

Gallipoli, Alezio, Alliste, Melissano, Racale, Sannicola, Taviano, Tuglie

All'Ambito Territoriale Sociale di Gallipoli

Oggetto: richiesta misure di sostegno economico ex art.5 L.R. n.45/2013. Anno di imposta 2024.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
() il _____ e residente in _____
() alla via/piazza/vico _____ n. _____,
stato civile _____
C.F. |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| e-mail
_____ pec _____
telefono _____

ai fini di quanto previsto dall'art. 5 comma 1 della legge regionale n. 45 del 30/12/2013 e del d.p.r. 917/1986 sono maggiorate, nell'ambito dell'addizionale regionale all'IRPEF e secondo quanto previsto dall'articolo 6, comma 5, 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. 5 comma 3 della legge regionale n. 45 del 30/12/2013 (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

1. 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 2024, un reddito complessivo superiore ad € 2.840,51, al lordo degli oneri deducibili:

**AMBITO DI ZONA DI GALLIPOLI***PROVINCIA DI LECCE*

Comuni di

Gallipoli, Alezio, Alliste, Melissano, Racale, Sannicola, Taviano, Tuglie

n.	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale	Mesi a carico	50%	100 %	Riconoscimen to invalidità art. 3 L. 104/92 (sì/no)
1							
2							
3							
4							
5							

di aver diritto alle detrazioni per carichi di famiglia (art. 12 del D.P.R. n° 445/2000) per i seguenti **figli a carico di età non superiore a 24 anni**, in quanto non hanno percepito, nell'anno 2024, un reddito complessivo superiore ad € 4.000,00, al lordo degli oneri deducibili:

n.	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale	Mesi a carico	50%	100 %	Riconoscimen to invalidità art. 3 L. 104/92 (sì/no)
1							
2							
3							
4							
5							

2. di essere soggetto IRPEF e che il proprio reddito complessivo, imponibile fiscalmente,



AMBITO DI ZONA DI GALLIPOLI

PROVINCIA DI LECCE

Comuni di

Gallipoli, Alezio, Alliste, Melissano, Racale, Sannicola, Taviano, Tuglie

nell'anno 2024 è pari ad € _____;

3. di avere diritto alle misure di sostegno economico previste dall'art. 5 comma 3 della Legge Regionale n.45/2013 e a tal fine chiarisce:
4. di non aver potuto usufruire **nella misura intera** delle detrazioni di cui all'art 5 comma 1 della L.R. 45/2013, in quanto il livello di reddito e la relativa imposta, calcolata su base familiare, non ha consentito l'utilizzo delle predette detrazioni;
5. di aver **usufruito parzialmente** delle detrazioni di cui all'art 5 comma 1 della L.R. 45/2013, in quanto il livello di reddito e la relativa imposta, calcolata su base familiare, ha parzialmente consentito l'utilizzo delle predette detrazioni, per un importo pari ad € _____;
6. 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 Gallipoli e trattati esclusivamente per rispondere alle richieste di intervento che lo riguardano;
7. di autorizzare, ai sensi dell'art. 23 del D.lgs. 196/2003, il Comune di Gallipoli a raccogliere e trattare i propri dati personali esclusivamente per rispondere alle richieste di intervento che lo riguardano.

CHIEDE

che ai sensi dell'art. 5 comma 3 della L.R. 45/2013, il pagamento della somma di € _____ venga accreditato sul conto corrente bancario/postale identificato come di seguito indicato:

BANCA	
FILIALE/AGENZIA	
INTESTATO A	

Cod. IBAN:

	PAESE	CIN	EUR	CIN	ABI	CAB	N. CONTO CORRENTE																	
IT																								

Ovvero mediante _____

Data _____



AMBITO DI ZONA DI GALLIPOLI

PROVINCIA DI LECCE

Comuni di

Gallipoli, Alezio, Alliste, Melissano, Racale, Sannicola, Taviano, Tuglie

Firma del dichiarante

Si allegano:

- Copia della carta di identità in corso di validità;
- Dichiarazione dei redditi riferita al periodo di imposta 2024.