

di percepire le seguenti indennità non soggette ad IRPEF

- pensione estera pari a € annui
- invalidità civile pari a €
- indennità di accompagnamento pari a € annui
- rendita INAIL pari a € annui
- altro _____ pari a € annui

che il reddito ISEE per l'anno 2013 è pari ad €

di essere titolare del seguente patrimonio mobiliare, specificare (titoli di stato, azioni, obbligazioni, quote di fondi comune di investimento e depositi bancari)

per un importo pari a € presso il seguente Ente
intermediario o gestore (indicare se banca, ufficio postale, impresa di investimento, ecc.)

di essere privo di qualsiasi tipo di patrimonio mobiliare sotto forma di titoli di stato, azioni, obbligazioni, quote di fondi comune di investimento e depositi bancari

Dichiara inoltre che la consistenza del proprio patrimonio immobiliare e del nucleo familiare posseduto alla data del 31 Dicembre 2013 è il seguente

Patrimonio immobiliare
(dichiarante, componenti della famiglia anagrafica, soggetti considerati a carico ai fini IRPEF)

	Tipo di patrimonio (1)	Quota posseduta (percentuale)	Rendita catastale	A uso abitativo del nucleo familiare (2)
D				
2				
3				

(1) F= fabbricati; TA= terreni agricoli; TE= terreni edificabili - (2) indicare l'immobile con una X

Dichiara ancora che il fabbricato – terreno di proprietà è concesso

in locazione a fronte di un canone annuale di affitto pari a €

dichiara altresì di avere fatto donazione dei propri beni o di parte di essi al Sig./Sig.ra _____ residente a _____ Via _____, n. _____ - recapito telefonico _____

^^^

Dichiara inoltre che il proprio nucleo familiare si compone come segue:

Nucleo familiare (dichiarante, componenti della famiglia anagrafica, soggetti considerati a carico ai fini IRPEF)					
N.	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Residenza	Rel. parentela
D					
2					
3					

Informa inoltre che i familiari più prossimi non conviventi (è obbligatoria la compilazione) sono:

N.	Cognome	Nome	Telefono	Residenza	Rel. parentela
1					
2					
3					

^^^

Dichiara inoltre l'invalidità riconosciuta ai sensi di Legge, come di seguito:

Invalidità				
N.	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Grado
D				
2				
3				

Che il proprio medico curante è il Dott.

Cognome

Nome

^^^

Che per l'esecuzione delle prestazioni indica il seguente ente accreditato

Cooperativa																				
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

^^^

Io sottoscritto consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro di avere compilato il presente modello di richiesta, e che quanto in essi espresso è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato DPR n. 445, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000; che potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

- Allega fotocopia documento di identità in corso di validità
- Allega scheda di valutazione del medico curante

Enna, _____

Il Dichiarante
