

AL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE  
S E D E

OGGETTO: Dichiarazione concernente il diritto alle detrazioni annue d'imposta.

...I....sottoscritt..... medico di CONTINUITA' ASSISTENZIALE/P.T.E.

Cognome .....Nome.....

Data di nascita.....luogo di nascita .....

Residenza .....

Stato civile .....

Dichiara che per l'anno 2010 ha diritto alle seguenti detrazioni fiscali:

- coniuge a carico.....(se non lavora) COD. FISC .....

-Per n. .... figli a carico / non a carico / al 50%

-CODICE FISCALE .....

-CODICE FISCALE .....

-CODICE FISCALE .....

-CODICE FISCALE .....

- Altre detrazioni .....

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente a codesta Amministrazione ogni variazione che dovesse comportare la perdita o l'acquisizione del diritto alle detrazioni previste.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_