

**DICHIARAZIONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, cittadino/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_ iscritto/a nell'anno

accademico \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno, quale studente dell'Università di Bari Aldo Moro  
sede di \_\_\_\_\_

– del corso di Laurea triennale/magistrale/magistrale a ciclo unico (*depennare le voci che non ricorrono*) in  
\_\_\_\_\_, matr. n. \_\_\_\_\_; della

– Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_

matr. n. \_\_\_\_\_;

– del Dottorato di Ricerca in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_; matr. n. \_\_\_\_\_;

ai fini di quanto previsto dall'art. 3 del D.L. 30/12/82 e dal D.L. 5/3/86 n. 57 con successive modificazioni,

**DICHIARA CHE PER L'ANNO \_\_\_\_\_ (indicare anno di riferimento)**

**ha diritto** alla detrazione per redditi da lavoro dipendente e assimilati (art. 13 T.U.I.R.) calcolata sulla base di  
un **reddito presunto annuo complessivo del dichiarante di € \_\_\_\_\_**

**Coniuge a carico non legalmente ed effettivamente separato:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

**Primo figlio a carico nei casi di mancanza fisica o giuridica dell'altro genitore**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Percentuale**

**Figli < 3 Anni**

SI

NO

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

**Figli a carico portatori di handicap**

1) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

SI

NO

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

2) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

SI

NO

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

**Altri figli a carico**

1) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

 SI NO

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

2) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

 SI NO

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Pag. 1 di 2

3) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

 SI NO

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

**Altre persone a carico**

1) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

 SI NO

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, dichiara, sotto la propria responsabilità, che le suindicate notizie sono complete e veritiere e si impegna a segnalare le modifiche della situazione dichiarata entro 30 giorni dalla relativa variazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_