

AUTOCERTIFICAZIONE DEL CARICO FAMILIARE

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. del 28 dicembre 200 n° 445)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____
Codice Fiscale _____, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e consapevole delle
sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso DPR per il rilascio di false dichiarazioni, DICHIARO quanto
segue:

STATO CIVILE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Celibe / nubile | <input type="checkbox"/> Separato/a (allegare sentenza separazione) |
| <input type="checkbox"/> Coniugato/a | <input type="checkbox"/> Divorziato/a (allegare sentenza di divorzio) |
| <input type="checkbox"/> Convivente | <input type="checkbox"/> Vedovo/a |

DATI DEL CONIUGE:

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Invalido permanente
				<input type="checkbox"/>

CARICO FAMILIARE

(art. 12 del TUIR)

NB: Dichiarare SOLO i familiari a carico

FIGLI A CARICO:

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Studente	Disoccupato	Invalido permanente
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALTRI FAMILIARI A CARICO:

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Familiare a carico del dichiarante	Invalido permanente
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

Data, _____

In fede
