**IO SOTTOSCRITTO/A _____nato/a in_____(__) il_____**
**residente in_____(___) Via_____ n° _____**

**consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000**

## DICHIARO che il nucleo familiare è così composto:

| | PARENTELA CON IL DICHIARANTE | NOME E COGNOME | CODICE FISCALE | CITTADINANZA | REDDITI ANNO D'IMPOSTA 2017 | | C/C,LIBRETTI, AZIONI, BUONI FRUTTIFERI 2018 | | TARGHE VEICOLI | PERSONA DISABILE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | DICHIARANTE | | | | SI | NO | SI | NO | | SI | NO |
| 2 | | | | | SI | NO | SI | NO | | SI | NO |
| 3 | | | | | SI | NO | SI | NO | | SI | NO |
| 4 | | | | | SI | NO | SI | NO | | SI | NO |
| 5 | | | | | SI | NO | SI | NO | | SI | NO |
| 6 | | | | | SI | NO | SI | NO | | SI | NO |
| 7 | | | | | SI | NO | SI | NO | | SI | NO |
| 8 | | | | | SI | NO | SI | NO | | SI | NO |
| 9 | | | | | SI | NO | SI | NO | | SI | NO |

| | PARENTELA CON IL DICHIARANTE | NOME E COGNOME | CODICE FISCALE | CITTADINANZA | REDDITI ANNO D'IMPOSTA 2017 | | C/C,LIBRETTI, AZIONI, BUONI FRUTTIFERI 2018 | | TARGHE VEICOLI | PERSONA DISABILE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **10** | | | | | **SI** | **NO** | **SI** | **NO** | | **SI** | **NO** |
| **11** | | | | | **SI** | **NO** | **SI** | **NO** | | **SI** | **NO** |
| **12** | | | | | **SI** | **NO** | **SI** | **NO** | | **SI** | **NO** |

**Presenza di figli sotto i 26 anni, non residenti, a carico ai fini Irpef per il 2017 e che siano non sposati e/o con figli** ( Cosi come moficato con D.L. 28/Gennaio/ 2019 n.4)

| Nome Cognome codice fiscale | Residenza |
|---|---|
| | |
| | |

Moduli aggiuntivi di cui si richiede la compilazione (indicare anche **nome e cognome** del richiedente):

- ☐ MB 1- rid- Nucleo familiare ristretto: _____
- ☐ MB 2- Isee Università( nome studente + università frequentata) _____
- ☐ Mb 2- Isee Genitori non conviventi (isee minorenni) _____
- ☐ MB 3- Isee Socio Sanitario- Residenze_____

Indicare un **recapito telefonico**: _____e/o **e-mail**_____

**Data e Luogo** _____ **Firma del dichiarante**_____

CED SRL

Corso Papa Giovanni XXIII n°29, 20010 Arluno (Mi) - Tel. 0290379249 Fax 0290378670