

AZIENDA SANITARIA LOCALE - IMOLA Mod. Stip7 ANF/DIP_RETT

**RETTIFICA DELLA DOMANDA DI ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE
PRESENTATA IL.....**

RISERVATO ALL'UFFICIO

MATRICOLA DIPENDENTE	REGISTRATO IL	AL NUMERO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A DATI ANAGRAFICI DEL/DELLA RICHIEDENTE

COGNOME		NOME		C.F.	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
M/F	DATA DI NASCITA	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV.	CITTADINANZA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
INDIRIZZO (Via, Fraz. Piazza, etc. N. civico)			CAP	COMUNE DI RESIDENZA (O STATO ESTERO DI RESIDENZA)	PROV.
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CELIBE/NUBILE	<input type="checkbox"/> CONIUGATO/A	<input type="checkbox"/> VEDOVO/A	<input type="checkbox"/> SEPARATO/A LEGALMENTE	<input type="checkbox"/> DIVORZIATO/A	<input type="checkbox"/> ABBANDONATO/A

B DATI RELATIVI AI REDDITI CONSEGUITI DAL/DALLA RICHIEDENTE E DAI COMPONENTI IL NUCLEO

NELL'ANNOIL/LA RICHIEDENTE E GLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE HANNO CONSEGUITO REDDITI NO SI (in caso affermativo specificare i redditi)

TITOLARE DEI REDDITI	REDDITI ASSOGGETTABILI ALL'IRPEF				REDDITI ESENTI DA IMPOSTA O SOGGETTI A RITENUTA ALLA FONTE A TITOLO D'IMPOSTA O IMPOSTA SOSTITUTIVA			
	1	2	3	4	5	6	7	8
	REDDITO DA LAVORO DIPENDENTE ED ASSIMILATI	ALTRI REDDITI	MOD. FISCALE	REDDITO COMPLESSIVO	REDDITO DA LAVORO DIPENDENTE ED ASSIMILATI	ALTRI REDDITI	MOD. FISCALE	REDDITO COMPLESSIVO
Richiedente								
Coniuge								
Familiari								
TOTALE								

DATA, <input type="text"/>	FIRMA <input type="text"/>
----------------------------	----------------------------