|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descrizione: icsc |  **Segnalazioni di modifica**  | **MOD.DI/2** |

*All’ISTITUTO CENTRALE PER IL SOSTENTAMENTO DEL CLERO*

|  |
| --- |
| Il sottoscritto nato a  |
| il / / e residente a prov. C.A.P. Via codice fiscale|\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**RICHIEDE LA REVOCA DELLE SEGUENTI DETRAZIONI *(1)*:**

 *A decorrere dal (2)*

1. **Altre detrazioni ex art. 13 del TUIR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (detrazioni per redditi di lavoro dipendente e assimilati)

1. **Detrazioni per coniuge a carico (ex art. 12 del TUIR) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Detrazioni per tutti i figli a carico**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Detrazioni solo per i seguenti figli a carico**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 nome e cognome

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 nome e cognome

1. **Detrazioni per tutti gli altri familiari a carico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Detrazioni solo per i seguenti familiari a carico**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 nome e cognome

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 nome e cognome

**REVOCA APPLICAZIONE ALIQUOTA FISCALE MAGGIORATA**

*A decorrere dal (3)*

**Il sottoscritto richiede il ripristino delle aliquote fiscali mensili**

**precedentemente applicate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**REVOCA APPLICAZIONE TRATTAMENTO INTEGRATIVO**

*A decorrere dal (4)*

**Il sottoscritto richiede di non voler usufruire del trattamento integrativo di cui**

**all’articolo 1 del decreto-legge 5/2/2020 n. 3 perché il reddito complessivo è**

**superiore a 15 mila euro o perché già erogato da altro sostituto d’imposta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 GG MM AAAA

1. *Barrare le caselle che interessano*
2. *Indicare il mese di decorrenza. Le detrazioni sono rapportate a mese.*
3. *A decorrere dal mese indicato saranno ripristinate le aliquote fiscali applicate per gli altri sacerdoti*
4. *Si ricorda che in caso di revoca retroattiva, l’importo indebito erogato sarà recuperato in sede di conguaglio fiscale.*