

AUTOCERTIFICAZIONE DEL CARICO FAMILIARE

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, essendo cosciente che ai sensi dell'art. 12 del TUIR sono considerati fiscalmente a carico i familiari che possiedono un reddito complessivo annuo non superiore a **2.840,51 euro**, al lordo degli oneri deducibili. Il suddetto limite è incrementato a **4.000 euro**, in relazione ai soli figli di età non superiore a 24 anni (art. 1 co. 252 – 253 della Legge n 205/2017). **DICHIARO** per l'anno __2023__ i seguenti familiari erano a mio carico:

CARICO FAMILIARE

CONIUGE A CARICO 12 MESI

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

FIGLI A CARICO O A CARICO CON CONIUGE DICHIARANTE

Cognome Nome	CODICE FISCALE	Data nascita	Luogo nascita	50%	100%	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"/>

ALTRI FAMILIARI A CARICO

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

Data, _____

In fede _____