



# Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di Notorietà

(DPR 445 DEL 28 DICEMBRE 2000)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Consapevole, a norma dell'art. 26 della Legge n. 15 del 04/01/1968, delle conseguenze penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi

## Dichiara che

(barrare con una X)

non gode di altri trattamenti di pensione

Gode di pensione della seguente natura \_\_\_\_\_ a carico/erogato da \_\_\_\_\_  
con decorrenza dal \_\_\_\_\_

non ha svolto né svolge attività per le quali è riconosciuto un altro trattamento di pensione

Ha svolto e/o svolge le seguenti attività per le quali è riconosciuto un altro trattamento di pensione (indicare il tipo di attività ed i periodi)

Allega ai fini dell'identificazione personale una fotocopia di un documento di riconoscimento

(tipo di documento) \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto

Data e luogo

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Dichiarazione per le Detrazioni Fiscali per l'anno 2021

(art. 11, 12 e 13 del D.P.R. 22/12/1986 n. 917)

Il/La sottoscritto/a..... nato/a .....  
prov..... il ...../...../..... e con domicilio fiscale in .....  
prov..... cap..... Via/Piazza.....

Codice Fiscale .....

Consapevole delle pene previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni  
mendaci (art. 48 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

## Dichiara

Di non voler usufruire per l'anno in corso di alcuna detrazione perché intende usufruire in sede di dichiarazione dei redditi ovvero perché ne usufruisce già in virtù di un diverso rapporto di lavoro dipendente e/o di pensione.

## Oppure

DICHIARA DI AVER DIRITTO ALLE SEGUENTI DETRAZIONI  
(barrare le caselle corrispondenti e completare con ulteriori dati richiesti)

Per reddito da Pensione

Per coniuge a carico (non legalmente ed effettivamente separato)

Codice Fiscale.....

Per figlio a carico

(Barrare le caselle corrispondenti al numero dei figli e alla misura percentuale)

n° ..... Figli < di 3 anni

Codice Fiscale.....

Codice Fiscale.....

n° ..... Figli > di 3 anni

Codice Fiscale.....

Codice Fiscale.....

n° ..... Figli portatori di  
handicap ai sensi  
dell'art. 3 L. 104/92

Codice Fiscale.....

Codice Fiscale.....

Per altri familiari a carico n° ..... altri familiari nella seguente misura percentuale:  100%  50%  .....%

Codice Fiscale.....

Codice Fiscale.....

A tal fine dichiara che il proprio reddito complessivo presunto per l'anno è pari ad euro ...../00

Il/la dichiarante autorizza, ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196, l'Ente di Previdenza ed Assistenza a favore dei Biologi ENPAB al trattamento dei dati dichiarati e si impegna a comunicare prontamente allo stesso qualsiasi variazione concernente il diritto e/o la misura delle predette detrazioni.

Data.....

Firma.....