

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

ATTENZIONE! Non allegare questa prima pagina nel Google Form

a) se hai in essere un contratto di lavoro a tempo determinato o indeterminato (e quindi un datore di lavoro) dovrai barrare la lettera A

ALTRIMENTI

b) dovrai barrare la lettera B ed inserire solo le date di competenza dell'attività (dal xxxx al xxxx)

c) dovrai poi barrare la casella grande "**detrazioni per lavoro dipendente assimilato**".

Inoltre dal momento che non hai ulteriori contratti di lavoro e quindi il tuo reddito complessivo nell'anno 2025 sarà inferiore agli 8.000 euro, dovrai barrare la casella più piccola (sotto con la firma) e firmare

vedi ---->

X il sottoscritto richiede inoltre l'applicazione in misura intera della detrazione minima di € 1.380 prevista per i redditi annuali inferiori a 8.000 euro (*)

Firma __xxxx_____



Università
Ca' Foscari
Venezia

Alla C.A.
Ufficio Trattamenti Economici
Tel.041.2348308 Fax.041.2348380
e-mail: pagamenti.studenti@unive.it

OGGETTO: dichiarazione ai sensi e per gli effetti dell'Art. 23, comma 2, lettera a, del D.P.R. 29/09/1973 N. 600 (come riformulato dal D.Lgs 314 del 02/09/1997 art. 7 lett. d).

Il/la sottoscritto/a ...Cristiana Segnana..... Matricola.....892527....
Nato/a il ...12/02/2002... a ...Venezia..... ProvinciaVE.....
Residente in Via...San Donà 211..... Cap...30174.....
Comune.....Venezia..... LocalitàMestre..... Prov.....VE....
Tel.....3388121214..... Codice Fiscale.....SGNCST02B52L736A.....

Stato Civile: celibe/nubile coniugato/a divorziato/a
 separato/a legalmente ed effettivamente convivente vedovo/a

Domicilio fiscale (se diverso dalla residenza):

Via..... Cap.....
Comune..... Località Prov.....

Richiesta di accredito in:

Carta Conto di Ateneo

IBAN:.....IT87Z0623002020000018930807.....

In qualità di dipendente/collaboratore/borsista di codesto Ente in servizio presso:

.....Università Ca' Foscari.....


Dichiara

sotto la propria responsabilità (scegliere fra l'alternativa A o B):

A di usufruire già per il medesimo periodo delle detrazioni d'imposta presso altro sostituto; non verranno quindi riconosciute altre detrazioni. **SOTTOSCRIVERE DIRETTAMENTE IL MODELLO.** (Rientrano in questo caso alcuni collaboratori coordinati continuativi).

B di aver diritto, a decorrere dal ...2025..... al2026....., alle seguenti detrazioni d'imposta:

Se il dichiarante ha barrato la casella B, indichi di seguito la tipologia di detrazioni di cui richiede l'applicazione (per lavoro dipendente e assimilato, per carichi di famiglia o entrambe).

detrazioni per lavoro dipendente e assimilato (art. 13 c. 1 D.P.R. 917/86)
 il sottoscritto richiede inoltre l'applicazione in misura intera della detrazione minima di € 1.380 prevista per i redditi annuali inferiori a 8.000 euro (*)
Firma 
(* il collaboratore con reddito complessivo annuale inferiore a 8.000 euro e rapporto di lavoro di durata inferiore all'anno può richiedere la detrazione minima spettante per tale condizione (1.380 euro) in misura intera, anziché le detrazioni rapportate ai giorni compresi nel contratto

detrazioni per carichi di famiglia (art. 12 D.P.R. 917/86)
Il dichiarante stima un proprio reddito complessivo per l'anno in corso pari ad € ;
Il dichiarante richiede di considerare, ai fini dell'applicazione delle detrazioni in oggetto, il reddito da lavoro dipendente e assimilato che gli verrà erogato nell'anno in corso dall'Università Ca' Foscari Venezia;

1) coniuge non legalmente ed effettivamente separato

Dati relativi al coniuge (da indicare anche se non a carico):

Nome e Cognome:

Data di nascita:

Codice fiscale:..... a carico: SI NO

2) figli a carico non portatori di handicap:

Dati relativi ai figli (da compilare indicando per ogni figlio la percentuale di carico da applicare; se il figlio non è a carico, indicare 0%)

Nome e Cognome:

Codice fiscale:

Data di nascita:

Percentuale di carico: 100% 50% %

Si richiede l'applicazione dell'ulteriore detrazione per figli di età inferiore a 3 anni, qualora spettante in base alle condizioni reddituali.

3) mancanza fisica dell'altro genitore: nell'ipotesi dell'assenza fisica dell'altro genitore, per decesso o mancato riconoscimento, compete per il primo figlio la detrazione prevista per il coniuge, ove questa sia più conveniente.

Mancanza fisica dell'altro genitore: SI NO

4) figli portatori di handicap:

Dati relativi ai figli con handicap (da compilare indicando per ogni figlio la percentuale di carico da applicare; se il figlio non è a carico, indicare 0%)

Nome e Cognome:.....

Codice fiscale:

Data di nascita:

Percentuale di carico: 100% 50% %

5) altre persone a carico:

Dati relativi ad altre persone a carico (da compilare indicando per ogni persona la percentuale di carico da applicare.

Nome e Cognome:.....

Codice fiscale:

Data di nascita:

Percentuale di carico: 100% 50% %

Il/la sottoscritto/a dichiara che la presente ha validità anche per i periodi d'imposta successivi, e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni.

Venezia, 15/10/25

Firma 