



Il/la sottoscritto/a:

cognome e nome			
data di nascita	luogo di nascita	provincia	codice fiscale
residenza fiscale	CAP	località	provincia
domicilio (se diverso)	CAP	località	provincia
telefono fisso	telefono cellulare	e-mail	

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità che:

**l'importo di € \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_**

relativo al versamento effettuato a titolo di Contribuzione Volontaria, pari a € \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_

a favore della propria posizione

a favore della posizione del familiare a carico (cognome e nome) \_\_\_\_\_

**non è stato (o non sarà) dedotto nella dichiarazione dei redditi relativa all'anno \_\_\_\_\_**

(su tale somma il Fondo non applicherà alcuna tassazione)

Note:

La presente comunicazione deve essere inviata al Fondo entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello del versamento, oppure, se antecedente, prima della richiesta di erogazione delle prestazioni.

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ firma