Io sottoscritto/a, ai sensi del DPR N. 445/2000, dichiaro quanto segue:

DATI REDDITUALI RELATIVI A OGNI COMPONENTE IL NUCLEO/I FAMILIARE/I				**ALLEGATO B2**
Cognome/Nome	**Somma redditi IRPEF di cui al punto 4.2, del bando)**	**Somma proventi agricoli di cui al punto 4.2, del bando)**	**Somma degli emolumenti a qualsiasi titolo percepiti di cui al punto 4.2, del bando)**	**Somma delle detrazioni di cui al punto 4.2, del bando divise per tipo (IRPEF,spese sanitarie(*), spese per ricovero in strutture socio-sanitarie di anziani o disabili)**
Note per la compilazione:				
(*) dalle spese sanitarie sostenute vanno escluse quelle mediche e di assistenza dei portatori di handicap residenti nel nucleo (vedi modulo dati anagrafici)				

Firma del richiedente …….