

\_\_\_\_\_

(nome e cognome del/della contribuente)

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_

(indirizzo della residenza: località, via, numero civico)

\_\_\_\_\_

(codice postale, denominazione ufficio postale)

\_\_\_\_\_

(ufficio finanziario competente)

\_\_\_\_\_

(indirizzo dell'ufficio finanziario)

## **COMUNICAZIONE DI REVOCA DELLA DECISIONE PER la riduzione dell'aliquota dell'acconto dell'imposta sul reddito**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ revoco la decisione relativa alla riduzione dell'aliquota dell'acconto dell'imposta sul reddito derivante da (cerchiare con la X):

- indennità derivante dall'assicurazione d'invalidità che percepisco in qualità di invalido/a del lavoro,
- metà o parte proporzionale della pensione che percepisco in qualità di beneficiario/a della pensione poiché ho ricominciato a lavorare o a prestare attività,
- pensione parziale,
- 20% della pensione anticipata o di vecchiaia che percepisco in qualità di beneficiario/a ai sensi delle prescrizioni che disciplinano l'assicurazione pensioni e invalidità,
- 40% della pensione di vecchiaia che percepisco in qualità di beneficiario/a ai sensi delle prescrizioni che disciplinano l'assicurazione pensioni e invalidità,

che vi ho notificato il \_\_\_\_\_ e per la quale ho ottenuto il certificato dell'autorità tributaria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

(luogo e data)

\_\_\_\_\_

(firma del/della contribuente)