



IL SOTTOSCRITTO

Codice fiscale:

Cognome e Nome:

Luogo e Data di nascita: (.....)/...../.....

Residenza: Comune/Sigla della provincia/CAP/Indirizzo: via e numero civico

..... (.....),

**IN QUALITÀ DI RAPPRESENTANTE/TUTORE DI
(DICHIARAZIONE DEI REDDITI DI PERSONA INCAPACE, COMPRESO IL MINORE)**

Codice fiscale

Cognome e Nome

Luogo e Data di nascita

Residenza: Comune/Sigla della provincia/CAP/Indirizzo: via e numero civico

CONFERISCE DELEGA

NON CONFERISCE DELEGA¹

REVOCA DELEGA

Al Centro di assistenza fiscale (CAF)

04415631003/Numero di iscrizione albo 0018

CAF CISL SRL

RAF - RMGFNC42E04H501H – Romagnoli Franco

Roma –RM – 00195 – Via Nicotera 29

**ALL'ACCESSO E ALLA CONSULTAZIONE DELLA PROPRIA DICHIARAZIONE DEI
REDDITI PRECOMPILATA E DEGLI ALTRI DATI CHE L'AGENZIA DELLE
ENTRATE METTE A DISPOSIZIONE AI FINI DELLA COMPILAZIONE DELLA
DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ANNO D'IMPOSTA**

Luogo e data

Firma (per esteso e leggibile)

¹ Da compilare solo in caso di presentazione a un Centro di assistenza fiscale o a un professionista abilitato



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Presto il mio consenso al trattamento dei dati sensibili nei limiti delle operazioni strettamente necessarie per lo svolgimento della delega conferita

Luogo e data

Firma (per esteso e leggibile)

.....

.....

La delega può essere revocata in ogni momento presentando questo modello.
Si allega fotocopia del documento di identità del delegante/revocante.

CAF