

**PROT:** \_\_\_\_\_ **DATA** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / **2024**

**DATI DICHIARANTE:**

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**NATO A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_ **PROV.** \_\_\_\_\_

**TELEFONO** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE -**                      **SINGOLA**                       **CONGIUNTA**

**SOSTITUTO D'IMPOSTA (ALLA DATA 31/07/2021)**                      **SENZA SOSTITUTO**

**AMA**                       **COMUNE**                       **ALTRI**

**PENSIONATI**                       **PROVINCIA**                       \_\_\_\_\_

**IN CASO DI PIU' CUD DICHIARARE IL SOSTITUTO DA UTILIZZARE**

**CAMBIO INDIRIZZO DI RESIDENZA** **SI**  **NO**  **DATA** \_\_\_\_\_

**CITTA'** \_\_\_\_\_ **VIA** \_\_\_\_\_ **N°** \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_

**VARIAZIONI CARICHI FISCALI**    **SI**                       **NO**

**VARIAZIONI IMMOBILIARI:**        **SI**                       **NO**

**CU- PRESENTATI: N. ....**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DI CHI CONSEGNA**

IL SOTTOSCRITTO .....

DATA DI NASCITA.....

DICHIARA

AVENDO FATTO IL 730 PRESSO LA VOSTRA STRUTTURA DI DARE MANDATO PER  
L'INVIO TELEMATICO DELLO STESSO ALLA SEGUENTE POSTA ELETTRONICA:

E-MAIL.....

NUMERO DI PROTOCOLLO DEL 730.....

OPERATORE.....

ROMA

IN FEDE

*Spett.le CAF ITALIA*

*Centro di Raccolta 864*

*IL SOTTOSCRITTO*

*CON LA PRESENTE CHIEDE CHE NELLA*

*DICHIARAZIONE 730/2024 REDDITI 2023 PROTOCOLLO NUMERO*

*GLI VENGA INSERITO NEL*

***RIGO E1** DELLE SPESE SANITARIE LO STESSO IMPORTO PRESENTE NEL PRECOMPILATO DELL'AGENZIA  
DELL'ENTRATE.*

*ROMA / / 2024*

*IN FEDE*

**AUTOCERTIFICAZIONE dello STATO di FAMIGLIA  
(art 46-lettera f) D.P.R. 28 dicembre 2000.n 445)**

**IL/LA sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**Nato/a in** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**Residente in** \_\_\_\_\_ **via** \_\_\_\_\_

**n.** \_\_\_\_\_ **cap.** \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**Che la propria famiglia residente in** \_\_\_\_\_

**Via/piazza** \_\_\_\_\_

<b>(cognome)</b>	<b>(nome)</b>	<b>(spese sanitarie) (si)- (no)</b>	<b>a carico 2023</b>
------------------	---------------	---	--------------------------

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

(4) \_\_\_\_\_

(5) \_\_\_\_\_

(6) \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE  
SPESE SANITARIE FIGLI A CARICO**

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. DPR n. 445/2000

**DICHIARA**

Che le spese sanitarie riguardante i figli sostenute nell'anno **2023** sono:

da scalare al 100%

da scalare al 50%

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 DPR 28 dicembre 2000 n. 445

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / **2024**

\_\_\_\_\_  
Firma del/la dichiarante (leggibile)

Spett.le CENTRO DI RACCOLTA CAF ITALIA

Presso SEDE FIADEL DI VIA LAODICEA 7

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ AVENDO PRESENTATO  
IN DATA ODIERNA IL 730/2023 NUMERO DI PROTOCOLLO \_\_\_\_\_ SI IMPEGNA A  
RITIRARE ENTRO LA DATA DEL 30/09/2024 LA DICHIARAZIONE, A CONSULTARLA,  
ED A COMUNICARE QUALSIASI DIFFORMITA', ERRORE O CAMBIAMENTO SOPRAVVENUTO  
DALLA PRESENTAZIONE.  
A SCADENZA DEL TERMINE FISSATO IL CAF STESSO SARA' ESENTATO DA QUALSIASI  
INCOMBENZA.

ROMA

IN FEDE

**DELEGA/REVOCA PER L'ACCESSO  
ALLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI PRECOMPILATA**

Con questa sottoscrizione il contribuente delega, o esprime la volontà di non delegare, il proprio sostituto d'imposta o il Centro di assistenza fiscale o il professionista abilitato ad accedere alla propria dichiarazione dei redditi precompilata, messa a disposizione dall'Agenzia delle entrate.

**IL SOTTOSCRITTO**

Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
 Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
 Residenza \_\_\_\_\_

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

Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
 Luogo di nascita \_\_\_\_\_

**CONFERISCE DELEGA**

**REVOCA DELEGA**

**Al Sostituto d'imposta (datore di lavoro/ente pensionistico)**

Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 Cognome e nome/denominazione \_\_\_\_\_  
 Domicilio fiscale: \_\_\_\_\_

**Al Centro di assistenza fiscale (CAF)**

Codice fiscale 07090671004 Numero di iscrizione all'Albo dei CAF 00066  
 Denominazione del CAF CAF ITALIA S.R.L.  
 Codice fiscale del responsabile fiscale del CAF DMSVCN62M03I102V  
 Domicilio fiscale: ROMA - VIA SANTA CROCE IN GERUSALEMME 98

**Al Professionista abilitato**

Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 Cognome e nome/denominazione \_\_\_\_\_  
 Domicilio fiscale: \_\_\_\_\_

**RINUNCIA ESPRESSAMENTE (Alternativo al conferimento/revoca della delega, significa che si rinuncia all'utilizzo del precompilato)**

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

Data \_\_\_\_\_

Firma ( per esteso leggibile ) \_\_\_\_\_

**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

Data \_\_\_\_\_

Firma (per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_

Estremi doc. di riconoscimento: Tipo \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ scade \_\_\_\_\_

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



## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

### ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto

\_\_\_\_\_, Li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)