



## 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 DELEGA<sup>1</sup>     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)**

<sup>1</sup> 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