

Delega al CAF al prelievo delle matricole INVCIV e per il servizio di raccolta e trasmissione delle dichiarazioni di responsabilità (modelli ACC.AS/PS)

IL SOTTOSCRITTO

Codice fiscale:
Cognome e Nome:
Luogo e Data di nascita:
Residenza:

**IN QUALITÀ DI RAPPRESENTANTE / TUTORE / EREDE DI
(Modello INVCIV di Incapace, Minore o Deceduto)**

Codice fiscale:
Cognome e Nome:
Luogo e Data di nascita:
Residenza:

CONFERISCE DELEGA

REVOCA DELEGA

Al Centro di assistenza fiscale (CAF)

CAF CISL SRL
C.F./P.IVA n. 04415631003
Numero di iscrizione all'Albo CAF 18
VIA ABRUZZI 3 - ROMA (RM) 00187
Responsabile assistenza fiscale : BTTDNL69A26A509N – DANILO BATTISTA

al prelievo delle matricole INVCIV e per il servizio di raccolta e trasmissione delle dichiarazioni di responsabilità (modelli ACC.AS/PS)

anno di campagna

L'onere della sottoscrizione della dichiarazione predisposta dal CAF è a carico del delegante e deve essere esercitata entro e non oltre il termine di conclusione della campagna previsto nella convenzione INPS/CAF. Viceversa, in caso di mancata sottoscrizione il CAF non potrà effettuare l'invio telematico della dichiarazione all'INPS.

Luogo e data

Firma del richiedente
(nome e cognome per esteso e leggibili)

Il richiedente delega _____
(Codice Fiscale) _____ alla presentazione al CAF del presente modulo.

Luogo e data

Firma del richiedente
(nome e cognome per esteso e leggibili)

In allegato:

- Copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente
- Nel caso di rappresentante / tutore /erede copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente