

**Delega al CAF al prelievo delle matricole RED e/o INVCIV e per il servizio di raccolta e trasmissione delle dichiarazioni delle situazioni reddituali (RED) e/o 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  
(Modelli RED e/o 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 RED e/o INVCIV e per il servizio di raccolta e trasmissione delle dichiarazioni delle situazioni reddituali (modelli RED) e/o 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