



CENTRO DI ASSISTENZA FISCALE
Dipendenti e Pensionati U.S.P.I.D.A.P. S.r.l.

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

IL SOTTOSCRITTO

Codice fiscale _____

Cognome e Nome _____

Luogo e Data di nascita _____

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

IN QUALITA' DI RAPPRESENTANTE/TUTORE/EREDE DI (DICHIARAZIONE DEI REDDITI DI PERSONA INCAPACE, COMPRESO IL MINORE)

Codice fiscale _____

Cognome e Nome _____

Luogo e Data di nascita _____

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

☐ CONFERISCE DELEGA ☐ NON CONFERISCE DELEGA ☐ REVOCA DELEGA

Al Centro di assistenza fiscale CAF USPPIDAP SRL

CF: 06194111008 – Iscrizione all'Albo CAF n. 50 – sede legale in via Zaccagnini, snc 81050 FRANCOLISE fraz. S. Andrea del Pizzone (CE)

● 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)

● ALL'ACCESSO E ALLA CONSULTAZIONE DELL'ARCHIVIO INPS PER PRELEVARE E STAMPARE IL "DUPLICATO DEL MODELLO CU _____", NECESSARIO ALLA COMPILAZIONE DELLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI

Luogo e data _____ Firma _____
(per esteso e leggibile)

Informativa ai sensi dell'articolo 13 del Reg. 679/16 in materia di protezione dei dati personali per i dati tratti da banche dati dell'Agenzia delle Entrate (AdE)/INPS/INAIL

La informiamo che per rendere il servizio da lei richiesto, è necessario accedere a banche dati dell'AdE/INPS/INAIL contenenti suoi dati personali. Il trattamento di tali dati ha come finalità l'attività di assistenza fiscale, erogata direttamente dal Titolare (CAF U.S.P.I.D.A.P. S.r.l.) ovvero tramite Incaricato, nominato Responsabile esterno del trattamento (art.28). La base giuridica per poter trattare i dati così ottenuti è rappresentata dal suo consenso espresso con l'apposizione della firma in calce al presente atto (art.6). Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter rendere il servizio richiesto. I suoi dati potranno essere conosciuti altresì da personale interno del Titolare o dell'Incaricato, da periti e consulenti, assicurazioni, soggetti addetti alla manutenzione dei sistemi informativi. In ogni caso i suoi dati non verranno ceduti a terzi o trasmessi in paesi extra-UE, e saranno conservati come per legge. La informiamo che lei è titolare dei diritti previsti dal Reg. 679/16; per maggiori informazioni visiti la sezione privacy presente sul sito www.cafusppidap.it dove può trovare i dati del D.P.O. a cui rivolgersi e le modalità attraverso le quali esercitare i succitati diritti.

Io sottoscritto, con la firma in calce, acconsento al trattamento dei miei dati personali ancorché sensibili.

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 riconoscimento del delegante/revocante

ATTENZIONE: Il presente documento non costituisce impegno alla presentazione telematica della dichiarazione

00153 ROMA – Viale di Trastevere, 267 – Tel. 065812478 – Fax 06581247

Sede Legale: via Zaccagnini, snc 81050 FRANCOLISE fraz. S. Andrea del Pizzone (CE) – Tel. 0823 502045 – Fax 0823 502963

- Aut. Ministero delle Finanze D.R.E. Lazio N. 64266 del 27/10/2000 – Albo Nazionale CAF n. 50 - Tribunale Roma N. 12278/2000 -

- Capitale Sociale € 52.000,00 i.v. - P. IVA 06194111008 – C.C.I.A.A. Caserta N. 192989 -

<http://www.cafusppidap.it> e-mail: info@cafusppidap.it