DELEGA/REVOCA PER L'ACCESSO
ALLA CERTIFICAZIONE UNICA - CU

IL SOTTOSCRITTO

Codice fiscale_____

Cognome e Nome_____

Luogo e Data di nascita_____

Residenza:Comune_____provincia_____CAP_____

Indirizzo: via_____ numero civico_____

IN QUALITÀ DI RAPPRESENTANTE/TUTORE/EREDE DI
(Certificazione Unica (Cu) di Incapace, Compreso il Minore, o Deceduto)
Codice fiscale_____
Cognome e Nome_____
Luogo e Data di nascita_____
Residenza: Comune_____provincia_____/CAP_____
Indirizzo: via_____ numero civico_____

☒ **CONFERISCE DELEGA** ☐ **REVOCA DELEGA**

Al CAF UIL S.P.A

Partita iva n. **04391911007**, iscritto all'Albo CAF dipendenti n. **00021**
Rappresentante legale ANGILERI GIOVANNI C.F. NGLGNN62R05E974S
Sede legale- via Castelfidardo 43- 00185 Roma
ed al Corrispondente CAF UIL, ex art. 11 DM 164/1999 , di _____

Soc. **Il Bandolo della Matassa srl** nella persona di (rappresentante legale/operatore)

nome _____cognome _____ CF _____

ALL'ACCESSO, ALLA CONSULTAZIONE E ALLA STAMPA DELLA PROPRIA CERTIFICAZIONE UNICA (CU) RELATIVA ALL'ANNO D'IMPOSTA 2024

Luogo e data

_____

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

_____

Timbro e firma del delegato
(nome e cognome)

_____

*Il richiedente **delega** il (Cognome e Nome)_____ (Codice Fiscale)_____ alla presentazione al CAF del presente modulo ed al ritiro della relativa Certificazione Unica (CU).*

Luogo e data _____

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

_____

Allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente (in caso di rappresentante/tutore/erede anche la relativa documentazione attestante tali qualifiche) e del delegato