

CODICE FISCALE (*)

SISTEMI S.P.A. - Via Magenta, 31 - 10093 COLLEGGNO (TO) - Conforme al Provvedimento del 28/02/2023 e successive modificazioni

| | | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------|---|---|---|---|---|--|---|--|
| TIPO DI DICHIARAZIONE | Quadro RW | Quadro VO | Quadro AC | ISA | Correttiva nei termini | Dichiarazione integrativa | Dichiarazione integrativa (art. 2, co. 8-ter, DPR 322/98) | Dichiarazione integrativa errori contabili | Eventi eccezionali | |
| DATI DEL CONTRIBUENTE | Comune (o Stato estero) di nascita BOLOGNA | | | | Provincia (sigla) BO | Data di nascita giorno mese anno | | | Sesso (barrare la relativa casella) M <input checked="" type="checkbox"/> X F <input type="checkbox"/> | |
| | deceduto/a 6 | tutelato/a 7 | minore 8 | Codice Stato estero | | Partita IVA (eventuale) | | | | |
| | Accettazione eredità giacente | Liquidazione volontaria | Immobili sequestrati | Cessazione attività | Riservato al liquidatore ovvero al curatore fallimentare/curatore della liquidazione giudiziale | | | | | |
| | Stato | | | | Periodo d'imposta dal giorno mese anno al giorno mese anno | | | | | |
| RESIDENZA ANAGRAFICA | Comune | | | | Provincia (sigla) | C.a.p. | Codice comune | | | |
| Da compilare solo se variata dal 01/01/2022 alla data di presentazione della dichiarazione | Tipologia (via, piazza, ecc.) | | Indirizzo | | | Numero civico | | | | |
| | Frazione | | | Data della variazione giorno mese anno | Domicilio fiscale diverso dalla residenza 1 | | Dichiarazione presentata per la prima volta 2 | | | |
| TELEFONO E INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA | Telefono prefisso numero | | Cellulare | | Indirizzo di posta elettronica | | | | | |
| DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2022 | Comune BOLOGNA | | | | Provincia (sigla) BO | Codice comune A944 | Fusione comuni | | | |
| DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2023 | Comune | | | | Provincia (sigla) | Codice comune | Fusione comuni | | | |
| RESIDENTE ALL'ESTERO | Codice fiscale estero | | | Stato estero di residenza | | Codice Stato estero | | Non residenti "Schumacker" | | |
| DA COMPILARE SE RESIDENTE ALL'ESTERO NEL 2022 | Stato federato, provincia, contea | | | Località di residenza | | | | | | |
| | Indirizzo | | | | | | | | | |
| | 1 Estera | | 2 Italiana | | | | | | | |
| RISERVATO A CHI PRESENTA LA DICHIARAZIONE PER ALTRI | Codice fiscale (obbligatorio) | | | | Codice carica | | Data carica giorno mese anno | | | |
| | Cognome | | | Nome | | | | | | |
| | Data di nascita giorno mese anno | | Comune (o Stato estero) di nascita | | | | | | | |
| | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | Provincia (sigla) | | | | | | | |
| EREDE, CURATORE FALLIMENTARE/CURATORE DELLA LIQUIDAZIONE GIUDIZIALE o DELL'EREDITA' ecc. (vedere Istruzioni) | RESIDENZA ANAGRAFICA (O SE DIVERSO) DOMICILIO FISCALE | | | | Comune (o Stato estero) | | Provincia (sigla) | C.a.p. | | |
| | Rappresentante residente all'estero Frazione, via e numero civico / Indirizzo estero | | | | | | | | | |
| | Telefono prefisso numero | | | | | | | | | |
| | Data di inizio procedura giorno mese anno | | Procedura non ancora terminata | | Data di fine procedura giorno mese anno | | Codice fiscale società o ente dichiarante | | | |
| CANONE RAI IMPRESE | Tipologia apparecchio (Riservata ai contribuenti che esercitano attività d'impresa) | | | | | | | | | |
| IMPEGNO ALLA PRESENTAZIONE TELEMATICA | Codice fiscale dell'incaricato 0 2 5 9 9 6 6 1 2 0 0 | | | | | | | | | |
| Riservato all'incaricato | Soggetto che ha predisposto la dichiarazione | | | | 2 | Ricezione avviso telematico controllo automatizzato dichiarazione | | X | Ricezione altre comunicazioni telematiche X | |
| | Data dell'impegno giorno mese anno 09 05 2023 | | FIRMA DELL'INCARICATO STUDIO ROMANI GAMBINI CENNI MENETTI | | | | | | | |
| VISTO DI CONFORMITÀ | Riservato al C.A.F. o al professionista | | | | | | | | | |
| | Codice fiscale del responsabile del C.A.F. | | | | Codice fiscale del C.A.F. | | | | | |
| | Codice fiscale del professionista | | | | FIRMA DEL RESPONSABILE DEL C.A.F. O DEL PROFESSIONISTA | | | | | |
| CERTIFICAZIONE TRIBUTARIA | Riservato al professionista | | | | | | | | | |
| | Codice fiscale del professionista | | | | | | | | | |
| | Codice fiscale o partita IVA del soggetto diverso dal certificatore che ha predisposto la dichiarazione e tenuto le scritture contabili | | | | | | | | | |
| | Si attesta la certificazione ai sensi dell'art. 36 del D.Lgs. n. 241/1997 | | | | FIRMA DEL PROFESSIONISTA | | | | | |

(*) Da compilare per i soli modelli predisposti su fogli singoli, ovvero su moduli meccanografici a striscia continua.

CODICE FISCALE (*)

FIRMA DELLA DICHIARAZIONE

Il contribuente dichiara di aver compilato e allegato i seguenti quadri (barrare le caselle che interessano).

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Familiari a carico | RA | RB | RC | RP | LC | RN | RV | CR | DI | RX | RH | RL | RM | RR | RT | RE | RF | RG | RD | RS | RQ | CE |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LM | TR | RU | NR | FC | Invio avviso telematico controllo automatizzato dichiarazione all'intermediario | | | <input checked="" type="checkbox"/> | Invio altre comunicazioni telematiche all'intermediario | | | <input checked="" type="checkbox"/> | Presenza Visto Superbonus | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Situazioni particolari | Codice | CON LA FIRMA SI ESPRIME ANCHE IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI EVENTUALMENTE INDICATI NELLA DICHIARAZIONE | | | | | | | | | | FIRMA del CONTRIBUENTE (o di chi presenta la dichiarazione per altri) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | BERTI ARNOALDI VELI GIOVANNI | | | | | | | | | | |

(*) Da compilare per i soli modelli predisposti su fogli singoli, ovvero su moduli meccanografici a striscia continua.

