



CODICE FISCALE (\*)

SISTEMI S.P.A. - Via Magenta, 31 - 10093 COLLEGGNO (TO) - Conforme al Provvedimento del 28/02/2024 e successive modificazioni

TIPO DI DICHIARAZIONE	Quadro RW	Quadro VO	Quadro AC	ISA	Quadri aggiuntivi al modello 730	Correttiva nei termini	Dichiarazione integrativa	Dichiarazione integrativa (art. 2, co. 8-ter, DPR 322/98)	Dichiarazione integrativa errori contabili	Eventi eccezionali
<b>DATI DEL CONTRIBUENTE</b>	Comune (o Stato estero) di nascita: <b>BOLOGNA</b> Provincia (sigla): <b>BO</b> Data di nascita: _____ Sesso (barrare la relativa casella): <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>									
	deceduto/a: <input type="checkbox"/> 6 tutelato/a: <input type="checkbox"/> 7 minore: <input type="checkbox"/> 8 Codice Stato estero: _____ Partita IVA (eventuale): _____									
	Accettazione eredità giacente: <input type="checkbox"/> Liquidazione volontaria: <input type="checkbox"/> Immobili sequestrati: <input type="checkbox"/> Cessazione attività: <input type="checkbox"/>									
	Riservato al liquidatore ovvero al curatore fallimentare/curatore della liquidazione giudiziale Stato: _____ Periodo d'imposta dal _____ al _____									
<b>RESIDENZA ANAGRAFICA</b>	Comune: _____ Provincia (sigla): _____ C.a.p.: _____ Codice comune: _____									
	Tipologia (via, piazza, ecc.): _____ Indirizzo: _____ Numero civico: _____									
	Frazione: _____ Data della variazione: _____ Domicilio fiscale diverso dalla residenza: <input type="checkbox"/> 1 Dichiarazione presentata per la prima volta: <input type="checkbox"/> 2									
<b>TELEFONO E INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA</b>	Telefono prefisso: _____ numero: _____ Cellulare: _____ Indirizzo di posta elettronica: _____									
<b>DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2023</b>	Comune: <b>BOLOGNA</b> Provincia (sigla): <b>BO</b> Codice comune: <b>A944</b> Fusione comuni: _____									
<b>DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2024</b>	Comune: _____ Provincia (sigla): _____ Codice comune: _____ Fusione comuni: _____									
<b>RESIDENTE ALL'ESTERO</b>	Codice fiscale estero: _____ Stato estero di residenza: _____ Codice Stato estero: _____ Non residenti "Schumacker": <input type="checkbox"/>									
	Stato federato, provincia, contea: _____ Località di residenza: _____									
	Indirizzo: _____									
	NAZIONALITÀ: <input type="checkbox"/> 1 Estera <input checked="" type="checkbox"/> 2 Italiana									
<b>RISERVATO A CHI PRESENTA LA DICHIARAZIONE PER ALTRI</b>	Codice fiscale (obbligatorio): _____ Codice carica: _____ Data carica: _____									
	Cognome: _____ Nome: _____ Sesso (barrare la relativa casella): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>									
	Data di nascita: _____ Comune (o Stato estero) di nascita: _____ Provincia (sigla): _____									
	RESIDENZA ANAGRAFICA (O SE DIVERSO) DOMICILIO FISCALE Comune (o Stato estero): _____ Provincia (sigla): _____ C.a.p.: _____									
	Frazione, via e numero civico / Indirizzo estero: _____ Telefono prefisso: _____ numero: _____									
	Data di inizio procedura: _____ Procedura non ancora terminata: <input type="checkbox"/> Data di fine procedura: _____ Codice fiscale società o ente dichiarante: _____									
<b>CANONE RAI IMPRESE</b>	Tipologia apparecchio (Riservata ai contribuenti che esercitano attività d'impresa): _____									
<b>IMPEGNO ALLA PRESENTAZIONE TELEMATICA</b>	Codice fiscale dell'incaricato: <b>0 2 5 9 9 6 6 1 2 0 0</b>									
	Riservato all'incaricato: _____									
	Soggetto che ha predisposto la dichiarazione: <input checked="" type="checkbox"/> 2 Ricezione avviso telematico controllo automatizzato dichiarazione: <input checked="" type="checkbox"/> X Ricezione altre comunicazioni telematiche: <input checked="" type="checkbox"/> X									
	Data dell'impegno: <b>13   05   2024</b> FIRMA DELL'INCARICATO: <b>STUDIO ROMANI GAMBINI CENNI MENETTI</b>									
<b>VISTO DI CONFORMITÀ</b>	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: _____									
<b>CERTIFICAZIONE TRIBUTARIA</b>	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
	X	X		X	X	X	X			X	X	X								X		
LM	TR	RU	NR	FC	Invio avviso telematico controllo automatizzato dichiarazione all'intermediario			Invio altre comunicazioni telematiche all'intermediario			Presenza Visto Superbonus											
					X			X														
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.























