

DATI DEL BENEFICIARIO

DATI ANAGRAFICI

COGNOME NOME DATA DI NASCITA
COMUNE DI NASCITA PROV. RESIDENZA
INDIRIZZO N. CIV. CAP
COD. FISC. TEL. CELL.
EMAIL PEC

DATI DEL CONTO CORRENTE

C/C POSTALE BANCA/AGENZIA
BIC/SWIFT
LOCALITA' IBAN
PAESE IBAN CIN/EU IBAN CIN IBAN ABI IBAN
CAB IBAN NUM. C/C IBAN

DATI DEL DOMICILIO FISCALE

COMUNE INDIRIZZO
PROV. CAP

RITENUTE

REGIME FISCALE (Es. Lavoro autonomo)
P. IVA IVA %
TASSAZIONE ALIQUOTA IRPEF %
RITENUTA D'ACCONTO Si No ALIQUOTA RITENUTA D'ACCONTO %
ADDIZ. REGIONALE % ADDIZ. PROVINCIALE % ADDIZ. COMUNALE %
CPA % INPS % TASSAZIONE SEPARATA %

Il/La sottoscritto/a autorizza Codesto Ufficio al trattamento dei propri dati anagrafici e fiscali, riguardanti la propria posizione di consulente, anche a mezzo posta, fax, email e posta elettronica certificata. Altresì, dichiaro di comunicare all'Ufficio Liquidazioni tutte le eventuali future variazioni, in occasione della prima C.T. successiva alla variazione stessa.

DATA _____

FIRMA _____