



20332018SISEE

**SERVIZI ISEE-BONUS-PS-SIA - CONFERIMENTO INCARICO E DELEGA****IL SOTTOSCRITTO**

Codice fiscale _____ Cognome e Nome _____
Luogo di Nascita _____ Data di nascita _____
Residenza: Comune _____ Provincia _____ CAP _____
Indirizzo: _____ N. _____ TEL _____

IN QUALITÀ DI RAPPRESENTANTE/TUTORE di: _____ (SERVIZI DA EROGARE A PERSONA INCAPACE, COMPRESO IL MINORE)

Codice fiscale _____ Cognome e Nome _____
Luogo di Nascita _____ Data di nascita _____
Residenza: Comune _____ Provincia _____ CAP _____
Indirizzo: _____ N. _____ TEL _____

**Conferisce incarico al fine di procedere all'esecuzione del servizio richiesto e ai predetti fini:
CONFERISCE DELEGA / REVOCA PER L'ACCESSO E IL PRELIEVO DEI DATI e/o DOCUMENTI INPS**

CONFERISCE DELEGA **NON CONFERISCE DELEGA** **REVOCA DELEGA**

All'accesso, alla consultazione e alla stampa della propria DSU-ISEE e Attestazione ISEE con relativo e specifico 'mandato A'

AL CENTRO DI ASSISTENZA FISCALE (CAAF)

Codice fiscale 02282990965 Numero di iscrizione all'Albo del CAF 00003 Denominazione del CAF : CAAF C.G.I.L. LOMBARDIA SRL
Comune MILANO Provincia MI CAP 20132 Indirizzo VIA PALMANOVA 22

(la delega può essere revocata in qualsiasi momento presentando questo modello)

Si allega la fotocopia del documento di identità in corso di validità del Delegante/Revocante e dell'eventuale Rappresentante/Tutore

Data _____ FIRMA (per esteso e leggibile) _____