



SERVIZIO RED - 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/EREDE 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,
compresa la trasmissione telematica, della situazione reddituale (Modelli RED) richiesta dall'INPS nell'anno 2018
(il presente incarico è considerato effettivo a seguito dell'erogazione del servizio nell'anno sopraindicato)**

CONFERISCE DELEGA

NON CONFERISCE DELEGA

REVOCA DELEGA

**CONFERISCE DELEGA / REVOCA PER L' ACCESSO E IL PRELIEVO DEI DATI e/o DOCUMENTI INPS,
consultazione e stampa della matricola RED relativa all'anno 2018**

CONFERISCE DELEGA

NON CONFERISCE DELEGA

REVOCA DELEGA

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 N. 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/Erede.

Data _____ FIRMA (per esteso e leggibile) _____