



SERVIZIO COLF-BADANTI - CONFERIMENTO INCARICO

IL SOTTOSCRITTO

Codice fiscale _____ Cognome e Nome _____

Luogo di Nascita _____ Data di nascita _____

Residenza: Comune _____ Provincia _____ CAP _____

Indirizzo: Via _____ N. _____ TEL _____

IN QUALITÀ DI RAPPRESENTANTE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/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: Via _____ N. _____ TEL _____

Conferisce incarico al fine di procedere all'esecuzione del servizio richiesto

AL CENTRO DI ASSISTENZA FISCALE (CAAF)

Codice fiscale **02282990965** Numero di iscrizione all'Albo del CAF **00003** Denominazione del CAF : **CAAF CGIL Lombardia Srl**

Comune **Milano** Provincia **MI** CAP **20132** Indirizzo **Via Palmanova N. 22**

E

AL DOTT. GIULIANO TERENGI Consulente Abilitato

Codice Fiscale **TRNGLN66M19B157C** iscritto presso l'Albo Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Brescia al n. 920/a, con sede secondaria in Brescia, Via F.lli Folonari n. 16/18, in qualità di Professionista Abilitato che assiste la società CAAF CGIL Lombardia Srl in tutti gli adempimenti in materia di lavoro previdenza e assistenza sociale per il settore Domestico.

Il delegante assume, nei confronti dell'Inps e dei terzi, ogni responsabilità derivante dall'invio di comunicazioni ed informazioni per suo conto da parte dei delegati; in particolare il delegante assume ogni responsabilità legata alla veridicità delle informazioni comunicate e alla correttezza ed alla rispondenza alla normativa delle agevolazioni applicate.

Si allega la fotocopia del documento di identità in corso di validità del Conferente e dell'eventuale Rappresentante/Tutore/Amministratore di sostegno/Erede.

Data _____ FIRMA (per esteso e leggibile) _____