



**Segreteria Nazionale**  
Via Cavour, 58 - 00184 Roma  
Tel. +39 06 48903773 - 48903734  
Fax: +39 06 62276535  
[coisp@coisp.it](mailto:coisp@coisp.it)  
[www.coisp.it](http://www.coisp.it)

COISP · COORDINAMENTO PER L'INDIPENDENZA SINDACALE DELLE FORZE DI POLIZIA

# 730-2025

PERIODO D'IMPOSTA 2024

## **DICHIARAZIONE DEI REDDITI ISEE e RED (INPS)**

### **IL COISP TI OFFRE ASSISTENZA FISCALE GRATUITA**

La Segreteria Nazionale del COISP fornirà assistenza fiscale gratuita per la compilazione e presentazione del modello unico/730 per l'anno 2025. Al servizio potranno accedere gli iscritti al COISP ed i loro familiari su tutto il territorio nazionale. I colleghi che intendono fruirne dovranno scrivere alla email [730@coisp.it](mailto:730@coisp.it) oppure telefonare dalle 9:00 alle 14:00 di ogni martedì e giovedì a partire dal 15 aprile p.v. (+39 06 48903773 - 48903734). Oltre alla compilazione del modello 730 sarà possibile usufruire della predisposizione e invio del modello ISEE e del modello RED (INPS).

### **UN SERVIZIO IN PIÙ PER TE, AD ULTERIORE TESTIMONIANZA DEL FATTO CHE IL COISP TI È SEMPRE VICINO!**

Di seguito sono elencati i documenti necessari ed il modello di delega.

## **PROCEDURA PER LA COMPILAZIONE DELLA TUA DICHIARAZIONE DEI REDDITI E DI QUELLA DEI TUOI FAMILIARI**

(Il servizio è gratuito per gli iscritti COISP e per i loro familiari)

1. SCARICA LA DELEGA (ALLEGATO 1) E COMPILALA, PER AUTORIZZARE IL CAF A PRELEVARE LA TUA DICHIARAZIONE PRECOMPILATA;

2. INVIA UNA MAIL A [730@coisp.it](mailto:730@coisp.it) ALLEGANDO I SEGUENTI DOCUMENTI:

- Delega firmata di cui al punto 1, unitamente ad un documento di riconoscimento in corso di validità (in caso di dichiarazione congiunta produrre stessa documentazione per il coniuge);
- Copia del modello 730/2025 - redditi 2024 o Unico 2025 - redditi 2024 (obbligatoria se presente);
- Copia del modello/i CU 2025/redditi 2024 (obbligatorio)
- Copia Dichiarazione Sostitutiva resa dal Dichiarante (ALLEGATO 2) dove va indicata la residenza anagrafica e gli eventuali familiari a carico comprensivi della percentuale di detrazione;
- Per i quadri A (redditi terreni) e quadro B (redditi fabbricati) comunicare eventuali differenze da quanto indicato nella dichiarazione precedente;
- Copia di tutte le spese da portare in detrazione, nello specifico (se presenti): -Spese sanitarie (comprensive di tracciabilità) Certificazioni interessi passivi acquisto/costruzione abitazione principale - Altre spese (scuola, università, assicurazioni vita, veterinarie ecc.)
- Copia di tutte le spese da portare in deduzione, nello specifico (se presenti): -Contributi previdenziali ed assistenziali - Contributi colf/badanti - Spese sanitarie persone disabili - Previdenza complementare
- Copia di tutte le spese (fatture + bonifici + eventuale SCIA/CILA) di intervento del patrimonio edilizio (anche se sostenute in anni precedenti nonché quelle per acquisto mobili (se presenti);
- Copia di tutte le spese di Riqualficazione Energetica (se presenti); • Copia contratto di locazione riferito ad alloggi destinati ad abitazione principale (se presente);

DELEGA/REVOCA PER L'ACCESSO ALLA  
DICHIARAZIONE DEI REDDITI PRECOMPILATA

IL SOTTOSCRITTO

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo e Data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza Comune/Sigla provincia/CAP/Indirizzo: via e numero civico \_\_\_\_\_

IN QUALITA' DI RAPPRESENTANTE/TUTORE DI (DICHIARAZIONE DEI REDDITI DI PERSONA INCAPACE, COMPRESO IL MINORE)

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo e Data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza Comune/Sigla provincia/CAP/Indirizzo: via e numero civico \_\_\_\_\_

CONFERISCE DELEGA       NON CONFERISCE DELEGA       REVOCA DELEGA

Al Centro di assistenza fiscale CAF USPPIDAP SRL

CF: 06194111008 – Iscrizione all'Albo CAF n. 50 – sede legale in via Zaccagnini, snc 81050 FRANCOLISE fraz. S. Andrea del Pizzone (CE)

● ALL'ACCESSO E ALLA CONSULTAZIONE DELLA PROPRIA DICHIARAZIONE DEI REDDITI PRECOMPILATA E DEGLI ALTRI DATI CHE L'AGENZIA DELLE ENTRATE METTE A DISPOSIZIONE AI FINI DELLA COMPILAZIONE DELLA DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ANNO D'IMPOSTA \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile)

● ALL'ACCESSO E ALLA CONSULTAZIONE DELL'ARCHIVIO INPS PER PRELEVARE E STAMPARE IL "DUPLICATO DEL MODELLO CU \_\_\_\_\_", NECESSARIO ALLA COMPILAZIONE DELLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile)

**Informativa ai sensi dell'articolo 13 del Reg. 679/16 in materia di protezione dei dati personali per i dati tratti da banche dati dell'Agenzia delle Entrate (AdE)/INPS/INAIL**

La informiamo che per rendere il servizio da lei richiesto, è necessario accedere a banche dati dell'AdE/INPS/INAIL contenenti suoi dati personali. Il trattamento di tali dati ha come finalità l'attività di assistenza fiscale, erogata direttamente dal Titolare (CAF U.S.P.I.D.A.P. S.r.l.) ovvero tramite Incaricato, nominato Responsabile esterno del trattamento (art.28). La base giuridica per poter trattare i dati così ottenuti è rappresentata dal suo consenso espresso con l'apposizione della firma in calce al presente atto (art.6). Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter rendere il servizio richiesto. I suoi dati potranno essere conosciuti altresì da personale interno del Titolare o dell'Incaricato, da periti e consulenti, assicurazioni, soggetti addetti alla manutenzione dei sistemi informativi. In ogni caso i suoi dati non verranno ceduti a terzi o trasmessi in paesi extra-UE, e saranno conservati come per legge. La informiamo che lei è titolare dei diritti previsti dal Reg. 679/16; per maggiori informazioni visiti la sezione privacy presente sul sito [www.cafusppidap.it](http://www.cafusppidap.it) dove può trovare i dati del D.P.O. a cui rivolgersi e le modalità attraverso le quali esercitare i succitati diritti.

**Io sottoscritto, con la firma in calce, acconsento al trattamento dei miei dati personali ancorché sensibili.**

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile)

La delega può essere revocata in ogni momento presentando questo modello.

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento del delegante/revocante

**ATTENZIONE:** Il presente documento non costituisce impegno alla presentazione telematica della dichiarazione

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE***(d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 46)***NON SOGGETTA AD AUTENTICAZIONE - ESENTE DA BOLLO** *(d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 37, c. 1)*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**DICHIARA***che la propria famiglia anagrafica è composta dalle seguenti persone:*

RAPPORTO PARENTELA	COGNOME	NOME	LUOGO NASCITA	DATA NASCITA	% DETRAZIONE	DISABILE

.....

Il/la dichiarante \_\_\_\_\_