



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 2024. 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 oppure telefonare dalle 9:00 alle 14:00 di ogni martedì e giovedì a partire dal 16 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 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 730/2023 - redditi 2022 o Unico 2023 - redditi 2022 (obbligatoria se presente);
 - Copia del modello/i CU 2024/redditi 2023 (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 Riqualificazione Energetica (se presenti);
 - Copia contratto di locazione riferito ad alloggi destinati ad abitazione principale (se presente);
- 3. PER QUALSIASI INFORMAZIONE CONTATTARE FLAVIO AI NUMERI: 0648903773-0648903734**

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 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 _____