

**Delega al CAF al prelievo delle matricole RED e/o INVCIV e per il servizio di raccolta e trasmissione delle dichiarazioni delle situazioni reddituali (RED) e/o delle dichiarazioni di responsabilità (modelli ACC.AS/PS)**

**IL SOTTOSCRITTO**

Codice fiscale:  
Cognome e Nome:  
Luogo e Data di nascita:  
Residenza:

**IN QUALITÀ DI RAPPRESENTANTE / TUTORE/ EREDE DI  
(Modello per conto di Incapace, Minore o Deceduto)**

Codice fiscale:  
Cognome e Nome:  
Luogo e Data di nascita:  
Residenza:

**CONFERISCE DELEGA**

**REVOCA DELEGA**

**Al Centro di assistenza fiscale (CAF)**

CAF ACLI SRL  
C.F./P. IVA n° 04490821008  
Numero di iscrizione all'Albo CAF 35  
VIA GIUSEPPE MARCORA 18/20 – ROMA (RM) 00153  
Responsabile assistenza fiscale: SSNTTR81E15E532M - OSSINO ETTORE

**al prelievo delle matricole RED e/o INVCIV e per il servizio di raccolta e trasmissione delle dichiarazioni delle situazioni reddituali (RED) e/o delle dichiarazioni di responsabilità (modelli ACC.AS/PS) anno di campagna 2025**

**L'onere della sottoscrizione** della dichiarazione predisposta dal CAF è **a carico del degente e deve essere esercitata entro e non oltre il termine di conclusione** della campagna previsto nella convenzione INPS/CAF. Viceversa, in caso di mancata sottoscrizione il CAF **non potrà effettuare l'invio telematico** della dichiarazione all'INPS.

**Luogo e data**

**Firma del richiedente**  
(nome e cognome per esteso e leggibili)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In allegato:

- Copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente
- Nel caso di rappresentante/tutore/erede copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente