

**Delega al CAF al prelievo delle matricole INVCIV e per il servizio di raccolta e trasmissione delle dichiarazioni di responsabilità (modelli ICRIC, ICLAV, ACC.AS/PS)**

**IL SOTTOSCRITTO**

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

**IN QUALITÀ DI RAPPRESENTANTE / TUTORE / EREDE DI  
(Modello INVCIV 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 CISL SRL  
C.F./P.IVA n. 04415631003  
Numero di iscrizione all'Albo CAF 18  
VIA ABRUZZI 3 - ROMA (RM) 00187  
Responsabile assistenza fiscale : RMGFNC42E04H501H - FRANCO ROMAGNOLI

**al prelievo delle matricole INVCIV e per il servizio di raccolta e trasmissione delle dichiarazioni di responsabilità (modelli ICRIC, ICLAV, ACC.AS/PS)**

**anno di campagna**

**L'onere della sottoscrizione della dichiarazione predisposta dal CAF è a carico del delegante 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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Il richiedente **delega***  
*(Codice Fiscale) \_\_\_\_\_ alla presentazione al CAF del presente modulo.*

**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