

<b>CONTRIBUENTE</b>		DICHIARANTE <input checked="" type="checkbox"/>	CONIUGE DICHIARANTE <input type="checkbox"/>	DICHIARAZIONE CONGIUNTA <input checked="" type="checkbox"/>	RAPPRESENTANTE O TUTORE O EREDE <input type="checkbox"/>	DATA CARICA EREDE GIORNO MESE ANNO			
CODICE FISCALE DEL CONTRIBUENTE (obbligatorio)		Soggetto fiscalmente a carico di altri <input type="checkbox"/> 730 integrativo (vedere istruzioni) <input type="checkbox"/> 730 senza sostituto <input type="checkbox"/> Situazioni particolari <input type="checkbox"/> Quadro K <input type="checkbox"/>			CODICE FISCALE (rappresentante o tutore o erede)				
DATI DEL CONTRIBUENTE		COGNOME (per le donne indicare il cognome da nubile)			NOME			SESSO (M o F)	
BAGNOLI		COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA			PROVINCIA (sigla)		TUTELATO/A RAPPRESENTATO/A MINORE <input type="checkbox"/> DECEDUTO/A <input type="checkbox"/>		
RESIDENZA ANAGRAFICA		COMUNE		PROVINCIA (sigla)		C.A.P.			
Da compilare solo se variata dal 1/1/2021 alla data di presentazione della dichiarazione		TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.)		INDIRIZZO		NUM. CIVICO			
TELEFONO E POSTA ELETTRONICA		TELEFONO PREFISSO		NUMERO		CELLULARE		INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA	
DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2021		COMUNE		PROVINCIA (sigla)		FUSIONE COMUNI		Casi particolari add.le regionale <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2022		COMUNE		PROVINCIA (sigla)		FUSIONE COMUNI		<input type="checkbox"/>	

### FAMILIARI A CARICO

BARRARE LA CASELLA	1	2	3	4	5	6	7	8	PERCENTUALE ULTERIORE DETRAZIONE PER FAMIGLIE CON ALMENO 4 FIGLI
C = Coniuge F1 = Primo figlio F = Figlio A = Altro D = Figlio con disabilità	<input checked="" type="checkbox"/>	CONIUGE							<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	PRIMO FIGLIO	D						<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	F	A	D					<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	F	A	D					<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	F	A	D					<input type="checkbox"/>

### DATI DEL SOSTITUTO D'IMPOSTA CHE EFFETTUERA IL CONGUAGLIO Dichiarazione congiunta: compilare solo nel modello del dichiarante

COGNOME e NOME o DENOMINAZIONE		CODICE FISCALE		COMUNE	
INPS SERVIZI SPA		06553251007			
PROV.	TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.)	INDIRIZZO		NUM. CIVICO	C.A.P.
FRAZIONE		NUMERO DI TELEFONO / FAX		INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA	CODICE SEDE

### FIRMA DELLA DICHIARAZIONE

N. modelli compilati <b>7</b>	Barrare la casella per richiedere di essere informato direttamente dal soggetto che presta l'assistenza fiscale di eventuali comunicazioni dell'Agenzia delle Entrate <input type="checkbox"/>	<b>FIRMA DEL CONTRIBUENTE</b>
Con l'apposizione della firma si esprime anche il consenso al trattamento dei dati sensibili indicati nella dichiarazione		

### QUADRO A - Redditi dei terreni

N. ORD.	1 REDDITO DOMINICALE	2 TITOLO	3 REDDITO AGRARIO	4 POSSESSO		6 CANONE DI AFFITTO IN REGIME VINCOLISTICO	7 CASI PARTICOLARI	8 CONTINUAZIONE (stesso terreno rigo precedente)	9 IMU NON DOVUTA	10 COLTIVATORE DIRETTO O IAP
				GIORNI	%					
A1	,00		,00					<input type="checkbox"/>		
A2	,00		,00					<input type="checkbox"/>		
A3	,00		,00					<input type="checkbox"/>		
A4	,00		,00					<input type="checkbox"/>		
A5	,00		,00					<input type="checkbox"/>		
A6	,00		,00					<input type="checkbox"/>		

