

TIPO DI DICHIARAZIONE	Quadro RW	Quadro VO	Quadro AC	Studi di settore	Parametri	Correttiva nei termini	Dichiarazione integrativa	Dichiarazione integrativa (art. 2, co. 8-ter, DPR 322/98)	Eventi eccezionali
				X					
DATI DEL CONTRIBUENTE	Comune (o Stato estero) di nascita: MUGNANO DI NAPOLI Provincia (sigla): NA Data di nascita: giorno 08 mese 09 anno 1969 Sesso (barrare la relativa casella): <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> F								
	decesso/a: 6 tutelato/a: 7 minore: 8 Partita IVA (eventuale): 0 5 4 4 9 7 4 1 2 1 3								
	Accettazione eredità giacente: <input type="checkbox"/> Liquidazione volontaria: <input type="checkbox"/> Immobili sequestrati: <input type="checkbox"/> Stato: <input type="checkbox"/> Riservato al liquidatore ovvero al curatore fallimentare: <input type="checkbox"/> Periodo d'imposta dal _____ al _____								
RESIDENZA ANAGRAFICA	Comune: _____ Provincia (sigla): _____ C.a.p.: _____ Codice comune: _____								
Da compilare solo se variata dal 1/1/2016 alla data di presentazione della dichiarazione	Tipologia (via, piazza, ecc.): _____ Indirizzo: _____ Numero civico: _____								
	Frazione: _____ Data della variazione: giorno _____ mese _____ anno _____ Domicilio fiscale diverso dalla residenza: <input type="checkbox"/> 1 Dichiarazione presentata per la prima volta: <input type="checkbox"/> 2								
TELEFONO E INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA	Telefono prefisso: _____ numero: _____ Cellulare: _____ Indirizzo di posta elettronica: _____								
DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2016	Comune: VILLARICCA Provincia (sigla): NA Codice comune: G309								
DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2017	Comune: _____ Provincia (sigla): _____ Codice comune: _____ Fusione comuni: _____								
RESIDENTE ALL'ESTERO	Codice fiscale estero: _____ Stato estero di residenza: _____ Codice Stato estero: _____ Non residenti "Schumacker": <input type="checkbox"/>								
DA COMPILARE SE RESIDENTE ALL'ESTERO NEL 2016	Stato federato, provincia, contea: _____ Località di residenza: _____ Indirizzo: _____ NAZIONALITÀ: <input type="checkbox"/> 1 Estera <input type="checkbox"/> 2 Italiana								
RISERVATO A CHI PRESENTA LA DICHIARAZIONE PER ALTRI	Codice fiscale (obbligatorio): _____ Codice carica: _____ Data carica: mese _____ anno _____								
EREDE, CURATORE FALLIMENTARE o DELL'EREDITÀ, ecc. (vedere Istruzioni)	Cognome: _____ Nome: _____ Sesso (barrare la relativa casella): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F								
	Data di nascita: giorno _____ mese _____ anno _____ Comune (o Stato estero) di nascita: _____ Provincia (sigla): _____								
	RESIDENZA ANAGRAFICA (O SE DIVERSO) DOMICILIO FISCALE Comune (o Stato estero): _____ Provincia (sigla): _____ C.a.p.: _____								
	Rappresentante residente all'estero: _____ Frazione, via e numero civico / Indirizzo estero: _____ Telefono prefisso: _____ numero: _____								
	Data di inizio procedura: giorno _____ mese _____ anno _____ Procedura non ancora terminata: <input type="checkbox"/> Data di fine procedura: giorno _____ mese _____ anno _____ Codice fiscale società o ente dichiarante: _____								
CANONE RAI IMPRESE	Tipologia apparecchio (Riservata ai contribuenti che esercitano attività d'impresa): _____								
IMPEGNO ALLA PRESENTAZIONE TELEMATICA	Codice fiscale dell'incaricato: 0 7 4 5 9 3 8 1 2 1 1								
Riservato all'incaricato	Soggetto che ha predisposto la dichiarazione: <input checked="" type="checkbox"/> 1 Ricezione avviso telematico controllo automatizzato dichiarazione: <input type="checkbox"/> Ricezione altre comunicazioni telematiche: <input type="checkbox"/>								
	Data dell'impegno: giorno 19 mese 07 anno 2017 FIRMA DELL'INCARICATO: STUDIO DI NARDO & MAISTO DOTTORI COMMERCIALISTI								
VISTO DI CONFORMITÀ	Riservato al C.A.F. o al professionista								
	Codice fiscale del responsabile del C.A.F.: _____ Codice fiscale del C.A.F.: _____								
	Codice fiscale del professionista: _____ FIRMA DEL RESPONSABILE DEL C.A.F. O DEL PROFESSIONISTA: _____								
CERTIFICAZIONE TRIBUTARIA	Riservato al professionista								
	Codice fiscale del professionista: _____								
	Codice fiscale o partita IVA del soggetto diverso dal certificatore che ha predisposto la dichiarazione e tenuto le scritture contabili: _____								
	Si attesta la certificazione ai sensi dell'art. 36 del D.Lgs. n. 241/1997 FIRMA DEL PROFESSIONISTA: _____								

(*) Da compilare per i soli modelli predisposti su fogli singoli, ovvero su moduli meccanografici a striscia continua.

