

**DELEGA/REVOCA PER L'ACCESSO
ALLA CERTIFICAZIONE UNICA - CU**

IL SOTTOSCRITTO

Codice fiscale _____

Cognome e Nome _____

Luogo e Data di nascita _____

Residenza: Comune _____ provincia _____ CAP _____

Indirizzo: via _____ numero civico _____

IN QUALITÀ DI RAPPRESENTANTE/TUTORE/EREDE DI
(*Certificazione Unica (Cu) di Incapace, Compreso il Minore, o Deceduto*)

Codice fiscale _____

Cognome e Nome _____

Luogo e Data di nascita _____

Residenza: Comune _____ provincia _____ /CAP _____

Indirizzo: via _____ numero civico _____

CONFERISCE DELEGA **REVOCA DELEGA**

AI CAF UIL S.P.A

Partita iva n. **04391911007**, iscritto all'Albo CAF dipendenti n. **00021** Rappresentante legale ANGILERI GIOVANNI C.F. NGLGNN62R05E974S Sede legale- via Castelfidardo 43- 00185 Roma ed al Corrispondente CAF UIL, ex art. 11 DM 164/1999 , per la Regione Marche Soc. Ce.S.A.C. SRL nella persona del rappresentante legale Paolo Pelagagge Cod. Fiscale **PLGPLA76C22E388R**

ALL'ACCESSO, ALLA CONSULTAZIONE E ALLA STAMPA DELLA PROPRIA CERTIFICAZIONE UNICA (CU) RELATIVA ALL'ANNO D'IMPOSTA **2019**

Luogo e data

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

Timbro e firma del delegato
(nome e cognome)

Il richiedente **delega** il (Cognome e Nome) _____ (Codice Fiscale) _____ alla presentazione al CAF del presente modulo ed al ritiro della relativa Certificazione Unica (CU).

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

Luogo e data _____

**Allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente (in caso di rappresentante/tutore/erede anche la relativa documentazione attestante tali qualifiche) e del delegato*