

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

**IL SOTTOSCRITTO**

Codice fiscale:

Cognome e Nome:

Luogo e Data di nascita:

Residenza:

IN QUALITÀ DI RAPPRESENTANTE/TUTORE/EREDE DI  
*(Certificazione Unica (Cu) 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)**

ASSOCAAF S.P.A.

C.F./P.IVA n. 01154010399

Numero di iscrizione all'Albo CAF 30

PIAZZA DIAZ, 6 - MILANO (MI) 20123

Responsabile assistenza fiscale : LGNBBR67B50F205V - BARBARA RITA LIGONZO

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

**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 ed  
al ritiro della relativa Certificazione Unica (CU).*

**Luogo e data**

**Firma del richiedente**

(nome e cognome per esteso e leggibili)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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