

CONFERIMENTO/REVOCA DELLA DELEGA PER L'UTILIZZO DEI SERVIZI DI FATTURAZIONE ELETTRONICA

IL SOTTOSCRITTO

Codice fiscale

Cognome e Nome

Luogo di nascita

Data di nascita

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ

IN QUALITÀ DI RAPPRESENTANTE LEGALE/NEGOZIALE DI

Codice fiscale

Denominazione
o Ragione sociale

IN QUALITÀ DI TUTORE DI

Codice fiscale

Partita IVA

Cognome e Nome

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ

A FAVORE DEI SEGUENTI SOGGETTI

1. Codice fiscale DTRSVRF1C19G348C Conferisce delega Revoca delega

Cognome e nome/denominazione DI TRAPANI SAVERIO

2. Codice fiscale Conferisce delega Revoca delega

Cognome e nome/denominazione

Per l'utilizzo dei seguenti servizi:

1. Consultazione e acquisizione delle fatture elettroniche o dei loro duplicati informatici
2. Consultazione dei dati rilevanti ai fini IVA
3. Registrazione dell'indirizzo telematico
4. Fatturazione elettronica e conservazione delle fatture elettroniche
5. Accreditamento e censimento dispositivi

Fino al

Massimo 2 anni

La delega è conferibile ad un massimo di 4 soggetti per una durata non superiore a 2 anni, salvo revoca.

ATTENZIONE: I servizi 1. 2. 3. sono delegabili esclusivamente agli intermediari (art. 3, comma 3, del D.P.R. 322/1998).

CONFERISCE PROCURA SPECIALE ALLA PRESENTAZIONE DI QUESTO MODULO PRESSO GLI UFFICI DELL'AGENZIA DELLE ENTRATE

al Sig./Sig.ra **Cognome e Nome** **DI TRAPANI SAVERIO**

Codice fiscale **DITRISVIR71C19G348E**

Luogo di nascita **PARTINICO**

Data di nascita **19/03/1971**

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ

e, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dichiara che il suddetto procuratore è:

Coniuge

Parente/affine entro il 4° grado

Dipendente

Altro (*)

(*) compilare il quadro contenente l'autentica di firma

Dichiara di aver preso visione della descrizione dei servizi riportata in allegato (da barrare solo in caso di conferimento deleghe)

Luogo e data

Firma
(per esteso e leggibile)

AUTENTICA DI FIRMA

Il/La sottoscritto/a **Cognome e Nome** **DI TRAPANI SAVERIO**

Codice fiscale **DITRISVIR71C19G348E**

Luogo di nascita **PARTINICO**

Data di nascita **19/03/1971**

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

dichiara

di essere iscritto all'albo professionale **DOCT. COMMERCIALISTI PA** con il n. **1435**
ovvero di appartenere alla seguente categoria:

soggetti indicati nell'articolo 63, terzo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600

soggetti iscritti alla data del 30 settembre 1993 nei ruoli dei periti ed esperti tenuti dalle camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura per la sub-categoria tributi, in possesso di diploma di laurea in giurisprudenza o in economia e commercio o equipollenti o di diploma di ragioneria

soggetti che, in possesso del titolo di studio ed in qualità di ragionieri o periti commerciali, hanno svolto per almeno dieci anni, alle dipendenze di terzi, attività nelle materie tributarie ed amministrativo-contabili (articolo 4, comma 1, lettera e), del d.lgs. n. 545/1992)

soggetti che sono iscritti nel ruolo o nel registro dei revisori ufficiali dei conti o dei revisori contabili, ed hanno svolto almeno cinque anni di attività (articolo 4, comma 1, lettera f), del d.lgs. n. 545/1992)

professionisti di cui alla norma UNI 11511 certificati e qualificati ai sensi della legge 14 gennaio 2013, n. 4, appartenenti all'associazione

responsabile dell'Assistenza fiscale del CAF (per procure conferite a funzionari del CAF) **codice fiscale**

legale rappresentante della società di servizi **codice fiscale**
(per procure conferite a funzionari di società di servizi di cui all'art. 11 del regolamento di cui al decreto del Ministro della Finanze 31 maggio 1999, n. 164)

che il presente modulo è stato sottoscritto in mia presenza previa identificazione del soggetto delegante

Luogo e data

Firma
(per esteso e leggibile)