**PROSPETTO DATI ANAGRAFICI OBBLIGATORI - PERSONA FISICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATO** | **INFORMAZIONI sul DATO RICHIESTO** |
| NOME PROPRIO🡺

|  |
| --- |
|  |

 | Dato completo, se più nomi indicarli tutti (così come nella dichiarazione dei redditi) |
| COGNOME🡺

|  |
| --- |
|  |

 | Se donna, indicare il cognome da nubile |
| SESSO🡺* M
* F
 | Barrare la relativa casella |
| DATA di NASCITA🡺

|  |
| --- |
|  |

 | In caso di stranieri extracomunitari quello che risulta nel passaporto o nel permesso di soggiorno |
| COMUNE DI NASCITA🡺

|  |
| --- |
|  |

 | Nome geografico preciso e completo, se all’estero indicare anche la provincia/il distretto/il mandamento |
| PROVINCIA di NASCITA🡺

|  |
| --- |
|  |

 | In sigla solo se provincia italiana, se all’estero il nome per intero |
| STATO di NASCITA🡺

|  |
| --- |
|  |

 |  |
| CODICE FISCALE 🡺

|  |
| --- |
|  |

 |  |
| COMUNE DI RESIDENZA 🡺

|  |
| --- |
|  |

 |  |
| PROVINCIA DI RESIDENZA 🡺

|  |
| --- |
|  |

 | Specificare anche la residenza fiscale solo se diversa |
| INDIRIZZO COMPLETO di residenza 🡺

|  |
| --- |
|  |

 | Via, piazza e numero civico e CAP |
| TELEFONO/CELLULARE: 🡺

|  |
| --- |
|  |

 | Fisso o cellulare, attivi al momento della richiesta di liquidazione |
| MAIL/PEC:

|  |
| --- |
|  |

 | Campo OBBLIGATORIO |
| PARTITA IVA: 🡺

|  |
| --- |
|  |

 | **CAMPI DA COMPILARE SOLO PER I DETENTORI DI PARTITA IVA:** qualunque regime fiscale particolare va segnalato con dichiarazione a parte (es. “regime dei minimi”) |
| CASSA NAZIONALE PREVIDENZA (tipologia e % rivalsa da inserire in fattura) 🡺

|  |
| --- |
|  |

 |
| RITENUTA d’ACCONTO 20%🡺* SI
* NO
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RITENUTA IRPEF (%) 🡺

|  |
| --- |
|  |

 | **CAMPI DA COMPILARE SOLO PER GLI ASSIMILATI A LAVORO DIPENDENTE**: indicare le percentuali in relazione allo scaglione di reddito che viene indicato nell’ultima dichiarazione dell’anno precedente.  |
| Addizionale regionale(%) 🡺

|  |
| --- |
|  |

 |
| Addizionale comunale (%)🡺

|  |
| --- |
|  |

 |
| DIPENDENTE PUBBLICO 🡺* SI
* NO
 | Campo OBBLIGATORIO (barrare la relativa casella) |
| Ente pubblico di appartenenza🡺

|  |
| --- |
|  |

 | Se dipendente di un Ente pubblico: specificare denominazione, codice fiscale e indirizzo pec dell’Ente (pec) |

MODALITA’ DI PAGAMENTO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Intestatario c/c bancario/postale🡺

|  |
| --- |
|  |

 | Non può essere soggetto diverso dalla persona fisica del consulente (al massimo conto cointestato) |
| ISTITUTO DI CREDITO 🡺

|  |
| --- |
|  |

 | Campo obbligatorio nome completo dell’istituto di credito (Banca o Posta) |
|  IBAN 🡺

|  |
| --- |
|  |

 | Campo obbligatorio - Controllare sempre il numero e l’esattezza dei dati alfanumerici del codice (27 caratteri) |
| CODICE BIC 🡺

|  |
| --- |
|  |

 |  |

 **Luogo data Firma**

…………..………...., ……..….…………. ………………………