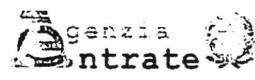


3



MODELLO 730/2019



Redditi 2018

Mod. N. 1

Modello Grafico realizzato da Namirial S.p.a. Via Caduti sul lavoro, 4 Sanigallia (AN)

Conforme al provvedimento Agenzia Entrate del 15/01/2019 e successive modificazioni

CONTRIBUENTE DICHIARANTE CONIUGE DICHIARANTE DICHIARAZIONE CONCINTA RAPPRESENTANTE O TUTORE

CODICE FISCALE DEL CONTRIBUENTE (obbligatorio) **PCANNA80E67G942W** Soggetto fiscalmente 730 integrativo 730 senza Situazioni a carico di altri (vedere istruzioni) sostituito particolari Quadro K CODICE FISCALE DEL RAPPRESENTANTE O TUTORE

DATI DEL CONTRIBUENTE PACE **ANNA** COGNOME (per le donne indicare il cognome da nubile) NOME SESSO (M o F) **F**

DATA DI NASCITA **COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA** PROVINCIA (sigla) **PZ** TUTELATOVA MINORE

RESIDENZA ANAGRAFICA COMUNE PROVINCIA (sigla) C.A.P.

Da compilare solo se variata dal 1/1/2018 alla data di presentazione della dichiarazione TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.) INDIRIZZO NUM. CIVICO

FRAZIONE GIORNO DATA DELLA VARIAZIONE MESE ANNO Dichiarazione presentata per la prima volta

TELEFONO E POSTA ELETTRONICA TELEFONO PREFISSO NUMERO CELLULARE INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA

DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2018 **AVIGLIANO (A519)** COMUNE PROVINCIA (sigla) **PZ** FUSIONE COMUNI Casi particolari add. Le regionale

DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2019 COMUNE PROVINCIA (sigla) FUSIONE COMUNI

FAMILIARI A CARICO

BARRARE LA CASELLA	CODICE FISCALE (il codice del coniuge va indicato anche se non fiscalmente a carico)	MESI A CARICO	MINORE DI 3 ANNI	%	DETRAZIONE 100% AFFIDAMENTO FIGLI	PERCENTUALE ULTERIORE DETRAZIONE PER FAMIGLIE CON ALMENO 4 FIGLI
<input checked="" type="checkbox"/> C = Coniuge	[REDACTED]					
<input type="checkbox"/> F1 = Primo figlio	[REDACTED]	12		50,00		
<input type="checkbox"/> F = Figlio	[REDACTED]	12		50,00		
<input type="checkbox"/> A = Altro	[REDACTED]					
<input type="checkbox"/> D = Figlio con disabilità	[REDACTED]					

NUMERO FIGLI IN AFFIDO PREADOTTIVO A CARICO DEL CONTRIBUENTE

DATI DEL SOSTITUTO D'IMPOSTA CHE EFFETTUERA IL CONGUAGLIO Dichiarazione congiunta: compilare solo nel modello del dichiarante

COGNOME e NOME o DENOMINAZIONE **AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE** CODICE FISCALE **01186830764** COMUNE **POTENZA (G942)** MOD. 730 DIPENDENTI SENZA SOSTITUTO

PROV. TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.) INDIRIZZO **PZ VIA POTITO PETRONE** NUM. CIVICO **SNC** C.A.P. **85100**

FRAZIONE **0971611111** INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA **ufficio.stipendi@ospedalesancarlo.it** CODICE SEDE

FIRMA DELLA DICHIARAZIONE

N. modelli compilati **1** Barrare la casella per richiedere di essere informato direttamente dal soggetto che presta l'assistenza fiscale di eventuali comunicazioni dell'Agenzia delle Entrate

Con l'apposizione della firma si esprime anche il consenso al trattamento dei dati sensibili indicati nella dichiarazione

FIRMA DEL CONTRIBUENTE
ANNA PACE

QUADRO A - Redditi dei terreni

N. ORD	REDDITO DOMINICALE	TITOLO	REDDITO AGRARIO	POSSESSO		CANONE DI AFFITTO IN REGIME VINCOLISTICO	CASI PARTICOLARI	CONTINUAZIONE (stesso terreno nro precedenti)	S/U NON DONATA	COLTIVATORE DIRETTO O IAP
				GIORNI	%					
A1	.00		.00			.00				
A2	.00		.00			.00				
A3	.00		.00			.00				
A4	.00		.00			.00				
A5	.00		.00			.00				
A6	.00		.00			.00				

CENTRO: C830
