

## 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

Conferisce delega  Revoca delega

Cognome e nome/denominazione

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

Fino al

4.  Fatturazione elettronica e conservazione delle fatture elettroniche

Massimo 2 anni

5.  Accreditamento e censimento dispositivi

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

Codice fiscale

Luogo di nascita

Data di nascita

**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

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

Luogo e data

*Padova* *1/3/2024*

Firma  
(per esteso  
e leggibile)

*Malinconeri* *Daniela*

**AUTENTICA DI FIRMA**

Il/La sottoscritto/a   Cognome e Nome *ZUCCONI FABIO*

Codice fiscale *Z|C|C|F|B|A|7|2|E|1|6|D|9|6|9|A*

Luogo di nascita *GENOVA*

Data di nascita *16|05|1972*

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. COMM. ED ESPERTI CONTABILI* con il n. *PR - 6611A*

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)
- soggetti che hanno conseguito da almeno due anni il diploma di laurea in giurisprudenza o in economia e commercio (articolo 4, comma 1, lettera i), 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  codice fiscale
- (per procure conferite a funzionari del CAF)
- 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

*Padova* *1/3/2024*

Firma  
(per esteso  
e leggibile)

*[Firma]*