



**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 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)

CAF CISL SRL

C.F./P.IVA n. 04415631003

Numero di iscrizione all'Albo CAF 18

VIA ABRUZZI 3 – ROMA (RM) 00187

Responsabile assistenza fiscale: BTTDNL69A26A509N – DANILO BATTISTA

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

2026

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)

*Allego 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*