

MODULO DI RICHIESTA DI ABILITAZIONE/DISABILITAZIONE DELLA PERSONA DI FIDUCIA ALL'UTILIZZO DEI SERVIZI ON LINE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Luogo di nascita	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
		Data di nascita	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>	Recapito telefonico	<input type="text"/>

- **richiede l'abilitazione** all'utilizzo, nel proprio interesse, dei servizi on line elencati nelle istruzioni allegate al presente modulo, disponibili nell'area riservata del sito:

dell'Agenzia delle entrate, per il/la

di Agenzia delle entrate-Riscossione, per il/la

- **richiede la disabilitazione** all'utilizzo dei servizi on line disponibili nell'area riservata del sito:

dell'Agenzia delle entrate, per il/la

di Agenzia delle entrate-Riscossione, per il/la

autorizza alla consegna in ufficio del presente modulo, perché impossibilitato/a come da attestazione allegata, il/la

autorizza l'invio del presente modulo dalla casella di posta elettronica certificata intestata al/alla

SIG./SIG.RA

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Luogo di nascita	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
		Data di nascita	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>		

DURATA DELL'ABILITAZIONE

(in caso di mancata compilazione della presente sezione, l'abilitazione scade il 31 dicembre dell'anno in cui è attivata)

L'abilitazione è valida fino al 31/12/ **(*)**

(*) L'abilitazione non può avere una durata superiore al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in cui è attivata.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALL'ISTANZA DI ABILITAZIONE/DISABILITAZIONE

(selezionare le caselle corrispondenti alle tipologie di documenti allegati alla richiesta)

COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DELLA PERSONA DI FIDUCIA

Documento di riconoscimento Numero

Rilasciato da Scadenza

COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DELL'INTERESSATO

Documento di riconoscimento Numero

Rilasciato da Scadenza

Attestazione rilasciata dal medico di medicina generale dell'interessato (medico di famiglia o suoi sostituti) o, se ricoverato anche temporaneamente presso una struttura sanitaria/residenziale, da altro medico per legge autorizzato ad attestare lo stato di impedimento dell'interessato stesso

Luogo e data

Firma

Conforme al modello ministeriale - www.agenziaentrare.it

COMPILARE QUESTA SEZIONE SOLO SE LA RICHIESTA DI DISABILITAZIONE E' PRESENTATA DA PARTE DI UN SOGGETTO DIVERSO DALL'INTERESSATO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome Nome

Luogo di nascita Provincia Data di nascita

Codice fiscale

TUTORE

CURATORE SPECIALE

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

DEL/DELLA SIG./SIG.RA

Cognome Nome

Luogo di nascita Provincia Data di nascita

Codice fiscale

RICHIEDE LA DISABILITAZIONE ALL'UTILIZZO DEI SERVIZI ON LINE DEL/DELLA SIG./SIG.RA

Cognome Nome

Luogo di nascita Provincia Data di nascita

Codice fiscale

STUDIO 74 - www.studio74.it

DOCUMENTI DA ALLEGARE

(selezionare le caselle corrispondenti alle tipologie di documenti allegati alla richiesta)

COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE
(se la richiesta, sottoscritta con firma autografa, è presentata via PEC o tramite il servizio on line di videochiamata)

Documento
di riconoscimento

Numero

Rilasciato da

Scadenza

DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE LA QUALITÀ DI TUTORE, CURATORE SPECIALE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DELL'INTERESSATO

Luogo e data

Firma