

Tribunale di Sorveglianza di Venezia
Piazzale Roma S. Croce 430 - 30135 VENEZIA
Tel 041-9653602 - pec servizifinanziari.tribsorv.venezias@giustiziacert.it
CODICE FISCALE: 80016480271 - CODICE UNIVOCO UFFICIO: Y7STI7

BENEFICIARIO NON FACENTE PARTE DI STUDIO ASSOCIATO

| | | | |
|--|---|---|--|
| Cognome e Nome* | | | |
| Luogo e Data di Nascita * | | | |
| Sesso * | | | |
| Codice Fiscale * | | | |
| Indirizzo <u>Residenza</u> * (via, comune, prov., CAP) | | | |
| Indirizzo del Domicilio Fiscale (via, comune, prov., CAP) (*se diverso dalla residenza) | | | |
| Indirizzo per le comunicazioni (via, comune, prov., CAP) (*se diverso dalla residenza) | | | |
| Telefono* | | | |
| Cellulare e Fax | | | |
| PEC* | | | |
| Partita IVA* | | | |
| Numero conto corrente * | bancario | | postale |
| IBAN* | | | |
| CIN Europeo* | | | |
| CIN* | | | |
| ABI* | | | |
| CAB* | | | |
| BIC* | | | |
| Località C.C. | | | |
| Agenzia C.C. | | | |
| Regime Fiscale | <u>Lavoro autonomo</u> <input type="checkbox"/> | | <u>Lavoro dipendente o assimilato</u> <input type="checkbox"/> |
| | | | (tutti i casi ove non ricorra il lavoro autonomo) |
| | Aliquota Cassa Previdenza e Assistenza | % | Ritenuta IRPEF (aliquota max) % |
| | Aliquota rivalsa INPS | % | Addizionale Regionale % |
| | | | Addizionale Comunale % |
| NOTE (inserire nel presente campo anche eventuale attestazione di regime fiscale minimo, indicando estremi di legge e singole esenzioni) | | | |

(I campi con asterisco debbono essere tutti obbligatoriamente compilati, pena la mancata liquidazione)

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente, per iscritto, a codesto ufficio, ogni eventuale cambiamento relativo ai dati sopra dichiarati

Data

FIRMA