

TIPO DI DICHIARAZIONE	Quadro RW	Quadro VO	Quadro AC	Studi di settore	Parametri	Correttiva nei termini	Dichiarazione integrativa	Dichiarazione integrativa (art. 2, co. 8-ter, DPR 322/98)	Eventi eccezionali
DATI DEL CONTRIBUENTE	Comune (o Stato estero) di nascita _____ Provincia (sigla) _____ Data di nascita _____ Sesso (barrare la relativa casella) giorno mese anno <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F deceduto/a <input type="checkbox"/> 6 tutelato/a <input type="checkbox"/> 7 minore <input type="checkbox"/> 8 Partita IVA (eventuale) _____ Accettazione eredità giacente Liquidazione volontaria Immobili sequestrati Stato _____ Riservato al liquidatore ovvero al curatore fallimentare Periodo d'imposta _____ dal giorno mese anno al giorno mese anno Comune _____ Provincia (sigla) _____ C.a.p. _____ Codice comune _____ Tipologia (via, piazza, ecc.) _____ Indirizzo _____ Numero civico _____ Frazione _____ Data della variazione _____ Domicilio fiscale diverso dalla residenza <input type="checkbox"/> 1 Dichiarazione presentata per la prima volta <input type="checkbox"/> 2 giorno mese anno Telefono prefisso _____ numero _____ Cellulare _____ Indirizzo di posta elettronica _____								
RESIDENZA ANAGRAFICA Da compilare solo se variata dal 1/1/2017 alla data di presentazione della dichiarazione									
TELEFONO E INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA									
DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2017	Comune _____ Provincia (sigla) _____ Codice comune _____ Fusione comuni _____								
DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2018	Comune _____ Provincia (sigla) _____ Codice comune _____ Fusione comuni _____								
RESIDENTE ALL'ESTERO DA COMPILARE SE RESIDENTE ALL'ESTERO NEL 2017	Codice fiscale estero _____ Stato estero di residenza _____ Codice Stato estero _____ Non residenti "Schumacker" <input type="checkbox"/> Stato federato, provincia, contea _____ Località di residenza _____ NAZIONALITÀ <input type="checkbox"/> 1 Estera <input type="checkbox"/> 2 Italiana Indirizzo _____								
RISERVATO A CHI PRESENTA LA DICHIARAZIONE PER ALTRI EREDE, CURATORE FALLIMENTARE o DELL'EREDITÀ, ecc. (vedere Istruzioni)	Codice fiscale (obbligatorio) _____ Codice carica _____ Data carica _____ giorno mese anno Cognome _____ Nome _____ Sesso (barrare la relativa casella) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data di nascita _____ Comune (o Stato estero) di nascita _____ Provincia (sigla) _____ giorno mese anno RESIDENZA ANAGRAFICA (O SE DIVERSO) _____ C.a.p. _____ DOMICILIO FISCALE _____ Rappresentante residente all'estero _____ Frazione, via e numero civico / Indirizzo estero _____ Telefono prefisso _____ numero _____ Data di inizio procedura _____ Procedura non ancora terminata _____ Data di fine procedura _____ Codice fiscale società o ente dichiarante _____ giorno mese anno giorno mese anno								
CANONE RAI IMPRESE	<input type="checkbox"/> Tipologia apparecchio (Riservata ai contribuenti che esercitano attività d'impresa)								
IMPEGNO ALLA PRESENTAZIONE TELEMATICA Riservato all'incaricato	Codice fiscale dell'incaricato _____ Soggetto che ha predisposto la dichiarazione <input type="checkbox"/> Ricezione avviso telematico controllo automatizzato dichiarazione <input type="checkbox"/> Ricezione altre comunicazioni telematiche <input type="checkbox"/> Data dell'impegno _____ giorno mese anno FIRMA DELL'INCARICATO _____								
VISTO DI CONFORMITÀ Riservato al C.A.F. o al professionista	Codice fiscale del responsabile del C.A.F. _____ Codice fiscale del C.A.F. _____ Codice fiscale del professionista _____ FIRMA DEL RESPONSABILE DEL C.A.F. O DEL PROFESSIONISTA _____								
CERTIFICAZIONE TRIBUTARIA Riservato al professionista	Codice fiscale del professionista _____ Codice fiscale o partita IVA del soggetto diverso dal certificatore che ha predisposto la dichiarazione e tenuto le scritture contabili _____ Si attesta la certificazione ai sensi dell'art. 36 del D.Lgs. n. 241/1997 FIRMA DEL PROFESSIONISTA _____								

(*) Da compilare per i soli modelli predisposti su fogli singoli, ovvero su moduli meccanografici a striscia continua.

CODICE FISCALE (*)

FIRMA DELLA DICHIARAZIONE

Il contribuente dichiara di aver compilato e allegato i seguenti quadri (barrare le caselle che interessano).

Familiari a carico	RA	RB	RC	RP	LC	RN	RV	CR	DI	RX	RH	RL	RM	RR	RT	RE	RF	RG	RD	RS	RQ	CE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LM	TR	RU	NR	FC	Invio avviso telematico controllo automatizzato dichiarazione all'intermediario										<input type="checkbox"/>	Invio altre comunicazioni telematiche all'intermediario							<input type="checkbox"/>
Situazioni particolari					Codice	CON LA FIRMA SI ESPRIME ANCHE IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI EVENTUALMENTE INDICATI NELLA DICHIARAZIONE										FIRMA del CONTRIBUENTE (o di chi presenta la dichiarazione per altri)							

(*) Da compilare per i soli modelli predisposti su fogli singoli, ovvero su moduli meccanografici a striscia continua.