

Modulo di richiesta apertura centro ed attivazione dei servizi CAF Confsal

DATI CENTRO ogni rigo è da compilare obbligatoriamente (i campi facoltativi sono indicati esplicitamente)

Ragione Sociale _____ se è un Associazione Sindacale indicare la sigla

Sindacale: _____ Partita Iva _____

Codice Fiscale _____ Codice attività Iva (Ateco) _____
ATEC campo facoltativo

Codice SDI (per la fatturazione) _____ indirizzo sede _____
SDI campo facoltativo

cap _____ città _____ (PR) _____ telefono _____

e-mail _____

indirizzo PEC _____ Ufficio aperto al pubblico: **SI** **NO**

Indicare se : **Solo Raccolta** documentazione **Raccolta e Trasmissioni** dichiarazioni

DATI RAPPRESENTANTE LEGALE (della sopracitata Ragione sociale)
(compilare **obbligatoriamente**)

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

nato il _____ a _____ (____) indirizzo residenza _____

cap _____ città _____ (PR) _____ cellulare _____

e-mail del legale rappresentante _____

(la mail deve essere diversa da quella indicata nella mail del centro)

indirizzo PEC _____

QUALIFICA : (compilare **obbligatoriamente** una delle 4 qualifiche sotto menzionate)

1- Sono un Professionista iscritto all'Albo dei **dottori commercialisti** ed esperti contabili (indicare il Circondario ed il numero dell'Albo) _____

2- Sono un Professionista iscritto all'Albo dei **consulenti del lavoro** (indicare il Circondario ed il n. dell'Albo) _____

3- Sono un Tributarista iscritto nei ruoli della Camera di Commercio **alla data del 30/09/1993 e non dopo tale data** (indicare il Circondario ed il n. dell'Albo) _____

4- **ALTRO** (può essere indicata la dicitura "altro" solo se il Rapp.te legale NON sarà anche Responsabile del centro) _____

In aggiunta alla qualifica **obbligatoria** indicata al punto n. : _____ **sopra menzionata**, specifico inoltre che:

Sono in possesso di crediti formativi: **SI** **NO** (se la risposta è "SI" allegare copia)

Sono in possesso di attestazioni da altro CAF **SI** **NO** (se la risposta è "SI" allegare copia)

DATI operatore RESPONSABILE del centro (compilare **obbligatoriamente**)

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

nato il _____ a _____ (____) indirizzo residenza _____

cap _____ città _____ (PR) _____ cellulare _____

e-mail _____ PEC _____

(la mail **dato obbligatorio** deve essere diversa da quella indicata nella mail del centro)

(la PEC è facoltativa)

QUALIFICA : (compilare **OBBLIGATORIAMENTE** una delle 5 qualifiche sotto menzionate – se non si rientra in nessuna delle qualifiche sotto riportate **NON** potrà essere aperta/attivata la sede)

- 1- Sono un Professionista iscritto all'Albo dei **dottori commercialisti** ed esperti contabili (indicare il Circondario ed il numero dell'Albo) _____
- 2- Sono un Professionista iscritto all'Albo dei **consulenti del lavoro** (indicare il Circondario ed il n. dell'Albo) _____
- 3- Sono un Tributarista iscritto nei ruoli della Camera di Commercio **alla data del 30/09/1993 e non dopo tale data** (indicare il Circondario ed il n. dell'Albo) _____
- 4- Sono un lavoratore dipendente della sede (della ragione sociale sopra menzionata – cioè in possesso di regolare contratto di lavoro e busta paga) che verrà distaccato per un periodo per lavorare le pratiche CAF: SI (allegare ultima busta paga)
- 5- Sono un lavoratore dipendente o pensionato iscritto ad uno dei sindacati aderenti alla CONFSAL (indicare il nome) _____ (questa voce **NON** è compilabile se la ragione sociale è stata indicata una persona fisica o una società)

In aggiunta alla **qualifica obbligatoria** indicata al punto n.: _____ **sopra menzionato** specifico inoltre che:

Sono in possesso di crediti formativi: SI NO (se la risposta è "SI" allegare copia)

Sono in possesso di attestazioni da altro CAF SI NO (se la risposta è "SI" allegare copia)

Le chiediamo inoltre di conoscere *orientativamente* a quanto potrebbe ammontare la sua produzione di modelli fiscali per l'anno 2021 sulla base dello scorso anno, per consentire al CAF Confsal di offrire la soluzione più adeguata alle Sue esigenze

730 _____ ISE/DSU _____ RED _____ INV/CIV _____ RdC _____

Allegare obbligatoriamente: documento d'identità e tessera sanitaria del Legale Rappresentate e del Responsabile del centro

Se la scheda non sarà compilata **CORRETTAMENTE** di tutti i campi, **soprattutto quelli obbligatori**, l'adesione **non potrà essere ritenuta valida**.