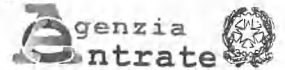




MODELLO 730/2018



Redditi 2017

Mod. N. 1

CONTRIBUENTE

DICHIARANTE CONIUGE DICHIARANTE DICHIARAZIONE CONGIUNTA RAPPRESENTANTE O TUTORE

CODICE FISCALE DEL CONTRIBUENTE (obbligatorio)

MRCGNN61M04C553T

Soggetto fiscalmente a carico di altri (vedere istruzioni)

730 integrativo

(vedere istruzioni)

730 senza

situazioni

particolari

Quadro K

CODICE FISCALE DEL RAPPRESENTANTE O TUTORE

COGNOME (per le donne indicare il cognome da nubile)

NOME

SESSO (M o F)

DATI DEL CONTRIBUENTE

MARCHETTI

GIANNI

M

DATA DI NASCITA

COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA

PROVINCIA (sigla)

TUTELATO/A MINORE

GIORNO

MESE

ANNO

CERVIA

RA

RESIDENZA ANAGRAFICA

COMUNE

CERVIA

PROVINCIA (sigla)

C.A.P.

Da compilare solo se variata dal 1/1/2017 alla data di presentazione della dichiarazione

TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.)

INDIRIZZO

VIA

DELLE ROSE

RA

48015

NUM. CIVICO

FRAZIONE

GIORNO

DATA DELLA VARIAZIONE

MESE

ANNO

Dichiarazione presentata per la prima volta

TELEFONO E POSTA ELETTRONICA

TELEFONO PREFISSO

NUMERO

CELLULARE

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA

DOMICILIO FISCALE

COMUNE

AL 01/01/2017

CERVIA (C553)

PROVINCIA (sigla)

FUSIONE COMUNI

RA

Casi particolari add. le regionale

DOMICILIO FISCALE

COMUNE

AL 01/01/2018

PROVINCIA (sigla)

FUSIONE COMUNI

FAMILIARI A CARICO

BARRARE LA CASELLA

C = Coniuge
F1 = Primo figlio
F = Figlio
A = Altro
D = Figlio con disabilità

1	2	3	4	5
<input checked="" type="checkbox"/>	CONIUGE			
<input checked="" type="checkbox"/>	PRIMO FIGLIO	D		
	F	A	D	
	F	A	D	
	F	A	D	

CODICE FISCALE

% DETRAZIONE 100% AFFIDAMENTO FIGLI

7 50,00

PERCENTUALE ULTERIORE DETRAZIONE PER FAMIGLIE CON ALMENO 4 FIGLI

NUMERO FIGLI IN AFFIDO PREADOTTIVO A CARICO DEL CONTRIBUENTE

DATI DEL SOSTITUTO D'IMPOSTA CHE EFFETTUERA IL CONGUAGLIO

COGNOME e NOME o DENOMINAZIONE

CODICE FISCALE

COMUNE

Dichiarazione congiunta: compilare solo nel modello del dichiarante

COOP. SOC. A. S. S. CO. R

92003080394

RAVENNA (H199)

PROV. TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.)

INDIRIZZO

NUM. CIVICO

C.A.P.

RA VIA

ORIANI

8

48125

MOD. 730 DIPENDENTI SENZA SOSTITUTO

FRAZIONE

NUMERO DI TELEFONO / FAX

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA

CODICE SEDE

054437080

paghe@solcoravenna.it

000

FIRMA DELLA DICHIARAZIONE

N. modelli compilati

1

Barrare la casella per richiedere di essere informato direttamente dal soggetto che presta l'assistenza fiscale di eventuali comunicazioni dell'Agenzia delle Entrate

FIRMA DEL CONTRIBUENTE

Con l'apposizione della firma si esprime anche il consenso al trattamento dei dati sensibili indicati nella dichiarazione

QUADRO A - Redditi dei terreni

N. ORD	REDDITO DOMINICALE	TITOLO	REDDITO AGRARIO	POSSESSO		CANONE DI AFFITTO IN REGIME VINCOLISTICO	CASI PARTICOLARI	CONTINUAZIONE (stesso terreno rigo precedente)	IMU NON DOVUTA	COLTIVATORE DIRETTO O IAP
				GIORNI	%					
A1	,00		,00			,00		<input type="checkbox"/>		
A2	,00		,00			,00		<input type="checkbox"/>		
A3	,00		,00			,00		<input type="checkbox"/>		
A4	,00		,00			,00		<input type="checkbox"/>		
A5	,00		,00			,00		<input type="checkbox"/>		
A6	,00		,00			,00		<input type="checkbox"/>		

