



ASSOCAAF SPA - Caf Confindustria

Via A. Salaino 12 20144 Milano – via Caldera 21 20153 Milano
assocaaf.it

☎ 02.40999.1



Modulo di richiesta
COMPILAZIONE 730 DA DOCUMENTI
Modello 730/2026 redditi 2025 - SERVIZIO AZIENDA FiscoSemplice

Spettabile ASSOCAAF SpA,

Il sottoscritto

codice fiscale

tel. Ufficio

Cellulare

e-mail aziendale

e-mail privata

- **RICHIEDE** la compilazione del modello 730/2026;
- **DICHIARA** che le informazioni indicate nella check-list sono veritiere, complete e che la documentazione caricata sul portale corrisponde fedelmente ai documenti originali rimasti in mio possesso;
- **CARICA** sul Portale 730 copia della seguente documentazione che è da considerarsi **OBBLIGATORIA** per procedere con la gestione della pratica:

1. Check list raccolta dati (a pagina seguente)
2. Documento di riconoscimento (es. Carta di Identità)
3. Scelta per la destinazione dell'8, 5 e 2 per mille dell'IRPEF (modello 730-1 firmato)
(N.B: In caso di mancata consegna del modello 730-1 si considererà la scelta come non effettuata, nonostante l'indicazione nell'intervista)
4. Delega per lo scarico del precompilato dell'Agenzia delle Entrate 730/2026 e 2027

In caso di dichiarazione congiunta la suddetta documentazione dovrà essere compilata e trasmessa tramite upload **anche a nome del coniuge**

Data

(Firma)

CHECK LIST RACCOLTA DATI

- Hai le medesime ristrutturazioni/risparmio energetico dello scorso anno?
Note per incaricato Caf: SI NO

- Spese mediche rigo E1 - Come da istruzioni ministeriali, da quest'anno se il Caf inserisce le spese sanitarie come da precompilato il contribuente non deve esibire la relativa documentazione e può chiedere il riconoscimento dell'importo risultante all'Ae. Chi intende avvalersi di questa opzione, deve necessariamente fornire delega ad Assocaaf per accedere al precompilato dell'Ae e confermare la seguente scelta:

ACCETTA

Importo E1 da precompilata

NON consegno giustificativi delle spese sanitarie

L'importo che verrà inserito è quello della precompilata

NON ACCETTA

Importo E1 da precompilata

Consegno **TUTTI** i giustificativi **COMPLETI**

delle spese sanitarie con relativo tracciamento

L'importo che verrà inserito è quello risultante dalla somma delle spese sanitarie consegnate e riconosciute

Note libere per l'incaricato del Caf: (Inserire tutte le informazioni necessarie che si vogliono trasferire all'incaricato che sarà addetto alla compilazione del 730):

In fede,

Firma

(La compilazione di tale modulo vale come autorizzazione all'elaborazione e trasmissione telematica del 730/2026)

AUTOCERTIFICAZIONE (Art. 46 e 47 del Dpr n° 445 del 28/12/2000)

(Da allegare al modello 730 accompagnata da fotocopia del documento di identità del sottoscrittore, pena invalidità)

Io Sottoscritto/a

Codice Fiscale

Consapevole delle conseguenze civili e penali conseguenti ad una falsa dichiarazione, sotto la propria responsabilità.

DICHIARO (Barrare la casella della fattispecie che si vuole autocertificare):		
Familiari a Carico	<input type="checkbox"/>	Che i familiari con età INFERIORE a 24 anni indicati a mio carico nel modello 730, hanno posseduto, lo scorso anno, un reddito complessivo uguale o inferiore a € 4.000,00.
Familiari a Carico	<input type="checkbox"/>	Che i familiari con età SUPERIORE a 24 anni indicati a mio carico nel modello 730, hanno posseduto, lo scorso anno, un reddito complessivo uguale o inferiore a € 2.840,51.
Detrazioni per Figli a Carico al 100%	<input type="checkbox"/>	Di essere il genitore con il reddito complessivo più elevato e che l'altro genitore indicherà 0 come percentuale di detrazione.
Spese Sanitarie In Presenza di Fondo Sanitario Aziendale	<input type="checkbox"/>	Di non aver ricevuto rimborsi per le spese mediche personali e/o dei miei familiari a carico.
Abbonamento Trasporto Pubblico (E8 cod. 40)	<input type="checkbox"/>	Che l'acquisto dell'abbonamento "NON nominativo" è stato sostenuto per il sottoscritto o per un familiare a carico.
Disabilità (E3-E4-E5-E25)	<input type="checkbox"/>	Di essere, sulla base del riconoscimento da parte della Commissione medica pubblica, un soggetto portatore di disabilità.
Riduzione Capacità Motorie (E4)	<input type="checkbox"/>	Di essere, sulla base del riconoscimento da parte di una Commissione medica pubblica, un soggetto con ridotte o impedito capacità motorie e che su carta di circolazione del veicolo sono indicati gli adattamenti sottoposti a collaudo dagli uffici di motorizzazione.
Ristrutturazioni edilizie e Risparmio Energetico (E41-E43 ed E61-E62)	<input type="checkbox"/>	Che gli immobili per cui richiedo le detrazioni per le spese di ristrutturazione edilizia e/o per le spese di riqualificazione energetica sono di mia proprietà al 31 dicembre dell'anno scorso
Ristrutturazioni edilizie e Risparmio Energetico (E41-E43 ed E61-E62)	<input type="checkbox"/>	Che per le spese di ristrutturazione edilizia e/o per le spese di riqualificazione energetica NON ho richiesto né lo sconto in fattura né la cessione del credito
Spese Per Arredo (E57)	<input type="checkbox"/>	Che i beni portati in detrazione sono destinati ad essere utilizzati nell'immobile che è stato oggetto di interventi di manutenzione straordinaria (art.16-bis del Tuir) per i quali si è richiesta la detrazione irpef
Trasferimento Della Residenza Per Lavoro (E72)	<input type="checkbox"/>	Di essere lavoratore dipendente e di avere trasferito la residenza nel comune di lavoro nei tre anni antecedenti la richiesta della detrazione
Immobili Locati Da Giovani Di Età Tra 20 e 30 Anni (E71 cod. 3)	<input type="checkbox"/>	Che l'unità immobiliare locata non è destinata ad abitazione principale dei genitori o di affidatari.

Dichiaro inoltre che i documenti (come da 730-2) esibiti o consegnati, in copia, per la verifica della conformità dei dati esposti nella dichiarazione sono conformi agli originali in mio possesso.

Richiedo sotto la mia responsabilità (barrare solo la casella della voce che interessa):	
di poter rateizzare il debito Irpef/cedolare secca per un numero di rate pari a [tra 2 e 5]	
di non trattenere acconti Irpef	<input type="checkbox"/> di non trattenere acconti addizionale comunale Irpef
di non trattenere acconti per la cedolare secca	
di versare gli acconti Irpef in misura inferiore al dovuto per un importo di euro	
di versare gli acconti per l'add. comunale Irpef in misura inferiore al dovuto per un importo di euro	
di versare gli acconti per la cedolare secca in misura inferiore al dovuto per un importo di euro	

Io sottoscritto sono a conoscenza del fatto che in caso di pagamenti di acconti Irpef/cedolare secca inferiori a quanto effettivamente dovuto, incorro nella sanzione pari al 30% del mancato versamento e in caso di rateizzazione del debito sarà trattenuto, a titolo di interesse, lo 0,33% mensile.

Atteso che i dati saranno trattati in ottemperanza al D.lgs 196/2003 e del regolamento UE nr. 679/2016 sulla Privacy, con la sottoscrizione della presente si esprime il consenso anche per l'eventuale trasmissione a soggetti terzi per l'elaborazione dei modelli ed altre fasi del servizio. In fede

Data Firma _____

SPESE SANITARIE – RIGO E1

IL SOTTOSCRITTO DICHIARANTE

Codice fiscale:

Cognome e Nome:

Mail e Telefono:

Luogo e Data di nascita:

Residenza: Via n. cap. Città Pr

☐ AUTORIZZA Assocaaf all'utilizzo dei dati della precompilata dell'Agenzia delle Entrate per le spese mediche

☐ NON autorizza quindi consegna i giustificativi ed i pagamenti tracciabili per le spese mediche

Firma (DICHIARANTE per esteso e leggibile)

.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, acquisita l'informativa sul trattamento dei dati personali fornita dal titolare del trattamento, presta il consenso al trattamento dei propri dati personali anche sensibili nei limiti delle operazioni necessarie all'espletamento della delega conferita.

Luogo e data

Firma (DICHIARANTE per esteso e leggibile)

.....

.....



IL SOTTOSCRITTO CONIUGE DICHIARANTE (in caso di dichiarazione congiunta)

Codice fiscale:

Cognome e Nome:

Mail e Telefono:

Luogo e Data di nascita:

Residenza: Via n. cap. Città Pr

☐ AUTORIZZA Assocaaf all'utilizzo dei dati della precompilata dell'Agenzia delle Entrate per le spese mediche

☐ NON autorizza quindi consegna i giustificativi ed i pagamenti tracciabili per le spese mediche

Firma (CONIUGE per esteso e leggibile)

.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, acquisita l'informativa sul trattamento dei dati personali fornita dal titolare del trattamento, presta il consenso al trattamento dei propri dati personali anche sensibili nei limiti delle operazioni necessarie all'espletamento della delega conferita.

Luogo e data

Firma (CONIUGE per esteso e leggibile)

.....

.....