


**MODELLO 730/2012 redditi 2011**

dichiarazione semplificata dei contribuenti che si avvalgono dell'assistenza fiscale



Gli importi devono essere indicati in unità di Euro

CONTRIBUENTE		Dichiarante	Coniuge dichiarante	Dichiarazione congiunta	Rappresentante o tutore		
CODICE FISCALE DEL CONTRIBUENTE (obbligatorio)		Soggetto fiscalmente a carico di altri		730 integrativo (vedere istruzioni)	Situazioni particolari	CODICE FISCALE DEL RAPPRESENTANTE O TUTORE	
PRVNTN51L08E131K							
DATI DEL CONTRIBUENTE		COGNOME (per le donne indicare il cognome da nubile)		NOME		SESSO (M o F)	
PARAVIA		ANTONIO				M	
DATA DI NASCITA		COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA		PROVINCIA (sigla)			
GIORNO MESE ANNO		GRAGNANO		NA			
08 07 1951							
STATO CIVILE		CONIUGATO/A		VEDOVO/A		SEPARATO/A	
(barrare la relativa casella)		1		3		4	
RESIDENZA ANAGRAFICA		COMUNE		PROVINCIA (sigla)		C.A.P.	
TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.)		INDIRIZZO				NUM. CIVICO	
Da compilare solo se variata dal 1/1/2011 alla data di presentazione della dichiarazione		FRAZIONE		DATA DELLA VARIAZIONE		Dichiarazione presentata per la prima volta	
TELEFONO E POSTA ELETTRONICA		CELLULARE		INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA			
TELEFONO PREFISSO		NUMERO					
DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2011		COMUNE		PROVINCIA (sigla)			
SALERNO				SA		(H703)	
DOMICILIO FISCALE AL 31/12/2011		COMUNE		PROVINCIA (sigla)			
SALERNO				SA		(H703)	
DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2012		COMUNE		PROVINCIA (sigla)			
SALERNO				SA		(H703)	
FAMILIARI A CARICO		Numero figli residenti all'estero a carico del contribuente					
BARRARE LA CASELLA		CODICE FISCALE (Il codice del coniuge va indicato anche se non fiscalmente a carico)		MESI A CARICO		MINORE DI 3 ANNI	
C = Coniuge		4		5		%	
F1 = Primo figlio		MSLNM55H63G632J				DETRAZIONE 100% AFFIDAMENTO FIGLI	
F = Figlio							
A = Altro							
D = Figlio disabile							
PERCENTUALE ULTERIORE DETRAZIONE PER FAMIGLIE CON ALMENO 4 FIGLI							
1		X CONIUGE					
2		F1 PRIMO FIGLIO					
3		F A D					
4		F A D					
5		F A D					
DATI DEL SOSTITUTO D'IMPOSTA CHE EFFETTUERA IL CONGUAGLIO		In caso di dichiarazione congiunta indicare i dati solo nel modello del dichiarante					
COGNOME e NOME o DENOMINAZIONE		CODICE FISCALE		COMUNE			
ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE		80078750587		ROMA		(H501)	
PROV. TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.)		INDIRIZZO		NUM. CIVICO		C.A.P.	
RM VIA		CIRO IL GRANDE		21		00144	
FRAZIONE		NUMERO DI TELEFONO / FAX		INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA		CODICE SEDE	
						111	

INNOVARE 24 S.p.A. - Via Monte Rosa 91 - 20149 Milano - COPIA CONFORME AL PROVVEDIMENTO AGENZIA DELLE ENTRATE DEL 16/01/2012

**QUADRO A REDDITI DEI TERRENI**

N. ORD.	REDDITO DOMINICALE	TITOLO	REDDITO AGRARIO	POSSESSO		CANONE DI AFFITTO IN REGIME VINCOLISTICO	CASI PARTICOLARI	CONTINUAZIONE (*)
				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"/>
A7	,00		,00			,00		<input type="checkbox"/>