

# TRIBUNALE DI SORVEGLIANZA SALERNO

## ANAGRAFICA BENEFICIARIO

Il/La sottoscritto/a ESPERTO DI CODESTO UFFICIO

PERSONA FISICA

COGNOME E NOME/	
DATA E LUOGO DI NASCITA ( SE PERSONA FISICA)	
CODICE FISCALE	
RESIDENZA (Città, Via/Piazza, n°civico, CAP)	
DOMICILIO FISCALE (indirizzo, città, provincia)	
TELEFONO/FAX	
EMAIL	

DICHIARA DI ESSERE ASSOGGETTATO AL SEGUENTE **REGIME FISCALE**

- Soggetto a ritenuta I.R.P.E.F. \_\_\_\_\_ %
- Addizionale IRPEF Regione \_\_\_\_\_
- Addizionale IRPEF Comune \_\_\_\_\_
- Di non essere dipendente presso la Pubblica Amministrazione
- Di essere dipendente presso la seguente Pubblica Amministrazione: \_\_\_\_\_

UFFICIO A CUI INVIARE COMUNICAZIONI RELATIVE ALL'ANAGRAFE DELLE PRESTAZIONI E/O CUD (SE DIPENDENTI):

\_\_\_\_\_ - VIA \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ p.e.c.: \_\_\_\_\_

**E CHIEDE LA LIQUIDAZIONE COME DA CERTIFICAZIONE ALLEGATA PER LE UDIENZE A CUI HA PARTECIPATO IN QUALITA' DI**

**ESPERTO DAL GIORNO** / / **- AL GIORNO** / / **, MEDIANTE ACCREDITAMENTO SU**

Conto corrente bancario

Conto corrente postale

INTESTATO A  
(l'intestatario o il cointestatario del conto corrente deve  
essere il beneficiario del mandato)

--

IBAN (27 CIFRE)

--

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**DA PRESENTARE ANNUALMENTE OVVERO IN CASO DI VARIAZIONI**

**AVVERTENZE**

- > *I dati contenuti in questo allegato sono indispensabili per l'emissione del mandato di pagamento e per i relativi adempimenti fiscali;*
- > *I dati conferiti con il presente allegato verranno trattati ed utilizzati esclusivamente per l'emissione del mandato di pagamento e per i relativi adempimenti fiscali.*