



Gli importi devono essere indicati in unità di Euro

<b>CONTRIBUENTE</b>		Dichiarante <input checked="" type="checkbox"/>	Coniuge dichiarante <input type="checkbox"/>	Dichiarazione congiunta <input type="checkbox"/>	Rappresentante o tutore <input type="checkbox"/>			
CODICE FISCALE DEL CONTRIBUENTE (obbligatorio)		Soggetto fiscalmente a carico di altri		730 integrativo (vedere istruzioni)	730 senza sostituto	Situazioni particolari	CODICE FISCALE DEL RAPPRESENTANTE O TUTORE	
BLNDR68T20L424J								
COGNOME (per le donne indicare il cognome da nubile)		NOME				SESSO (M o F)		
BALANZIN		ANDREA				M		
DATI DEL CONTRIBUENTE		DATA DI NASCITA	COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA		PROVINCIA (sigla)			
		GIORNO	MESE	ANNO	TRIESTE		TS	
20		12	1968					
STATO CIVILE		CELIBE/NUBILE	CONIUGATO/A	VEDOVO/A	SEPARATO/A	DIVORZIATO/A	TUTELATO/A	MINORE
		1	2	3	4	5	7	8
RESIDENZA ANAGRAFICA		COMUNE		PROVINCIA (sigla)		C.A.P.		
TRIESTE				TS		34138		
TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.)		INDIRIZZO				NUM. CIVICO		
VIA		UDINE				39		
FRAZIONE								
TELEFONO E POSTA ELETTRONICA		TELEFONO PREFISSO	NUMERO	CELLULARE	INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA			
				3472743699				
DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2013		COMUNE		PROVINCIA (sigla)				
TRIESTE (L424)				TS				
DOMICILIO FISCALE AL 31/12/2013		COMUNE		PROVINCIA (sigla)		Casi particolari add.le regionale		
						<input type="checkbox"/>		
DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2014		COMUNE		PROVINCIA (sigla)				

## FAMILIARI A CARICO

BARRARE LA CASELLA	CODICE FISCALE (il codice del coniuge va indicato anche se non fiscalmente a carico)	MESI A CARICO	MINORE DI 3 ANNI	%	DETRAZIONE 100% AFFIDAMENTO FIGLI	PERCENTUALE ULTERIORE DETRAZIONE PER FAMIGLIE CON ALMENO 4 FIGLI
C = Coniuge F1 = Primo figlio F = Figlio A = Altro D = Figlio con disabilità						
1 <input checked="" type="checkbox"/> CONIUGE	CRTMNL72D48L424D					
2 <input checked="" type="checkbox"/> PRIMO FIGLIO <sup>3</sup> D	BLNGCM02C25L424E	12		50,00		
3 <input checked="" type="checkbox"/> A <sup>2</sup> D	BLNBDT05C60L424D	12		50,00		
4 <input type="checkbox"/> F A D						
5 <input type="checkbox"/> F A D						

DATI DEL SOSTITUTO D'IMPOSTA CHE EFFETTUERA IL CONGUAGLIO Dichiarazione congiunta: compilare solo nel modello del dichiarante

COGNOME e NOME o DENOMINAZIONE		CODICE FISCALE		COMUNE	
A.S.S. N.1 TRIESTINA		00052420320		TRIESTE (L424)	
PROV. TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.)		INDIRIZZO		NUM. CIVICO	C.A.P.
TS VIA		GIOVANNI SAI		1-3	34128
FRAZIONE		NUMERO DI TELEFONO / FAX	INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA	CODICE SEDE	
		0403995098		000	
				MOD. 730 DIPENDENTI SENZA SOSTITUTO <input type="checkbox"/>	

## 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"/>			
A7	,00		,00			,00	<input type="checkbox"/>			
A8	,00		,00			,00	<input type="checkbox"/>			