



TRIBUNALE DI ORISTANO

SIAMM SPESE DI GIUSTIZIA – DATI BENEFICIARIO

Cognome: _____ Nome: _____

Luogo di Nascita: _____ Data di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Residenza: (indirizzo-cap.-città-provincia-stato) _____

Domicilio Fiscale: (indirizzo-cap.-città-provincia-stato) _____

Studio Associato: SI NO

Eventuale indirizzo per comunicazioni: (indirizzo-cap.-città-provincia-stato) _____

Numero telefono: _____ Cell. _____

Fax _____ e-mail _____

Partita I.V.A.:(eventuale) _____

Regime Fiscale: Lavoro Autonomo Lavoro Dipendente Lavoro Assimilato Dipendente Reddito di impresa

Tassazione: _____

Nel caso di Lavoratori dipendenti e redditi di lavoro assimilato:

- Aliquota IRPEF (max) _____ %
- Addizionale Regionale _____ %
- Addizionale Comunale _____ %

Eventuale Cassa Previdenza e Aliquota: _____ %

Modalità di Pagamento:

Denominazione

Banca/Posta: _____

Località: _____ Agenzia/Filiale: _____

IBAN (completo – PAESE/CIN Eur/CIN/ABI/CAB/ n. Conto

Oristano, _____

Firma
