

|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Tipo dichiarazione<br>(barrare la relativa casella)                                                                                                                                                              | Redditi                                                                                                             | <input type="checkbox"/>      | Irap                          | <input type="checkbox"/> | Iva                                                                | <input type="checkbox"/> | Integrativa              | <input type="checkbox"/> | Eventi eccezionali       | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | Sostituti                                                                                                           | <input type="checkbox"/>      | Modulo RW                     | <input type="checkbox"/> | Barrare la casella se gli importi dichiarati sono espressi in Euro |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
| Dati relativi alla società o associazione                                                                                                                                                                        | Sede legale                                                                                                         |                               | Comune                        |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          | Provincia (sigla)        |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | mese                                                                                                                | anno                          | Frazione, via e numero civico |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          | C.a.p.                   |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | <input type="text"/>                                                                                                | <input type="text"/>          |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | Domicilio fiscale<br>(se diverso dalla sede legale)                                                                 |                               | Comune                        |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          | Provincia (sigla)        |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | mese                                                                                                                | anno                          | Frazione, via e numero civico |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          | C.a.p.                   |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | <input type="text"/>                                                                                                | <input type="text"/>          |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | Stato                                                                                                               | <input type="checkbox"/>      | Natura giuridica              | <input type="checkbox"/> | Imprese artigiane                                                  | <input type="checkbox"/> | Situazione               | <input type="checkbox"/> | Telefono                 | prefisso                 | numero                                                                                                                        |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | vedere Tab. A                                                                                                       |                               | vedere Tab. B                 |                          | (barrare la casella)                                               |                          | vedere Tab. C            |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
| Se il periodo di imposta è inferiore all'anno indicarne le date                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
| dal <input type="text"/> giorno <input type="text"/> mese <input type="text"/> anno <input type="text"/> al <input type="text"/> giorno <input type="text"/> mese <input type="text"/> anno <input type="text"/> |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
| Indicare, in caso di fusione, il codice fiscale della società incorporante o risultante dalla fusione e, in caso di scissione, quello della società beneficiaria designata                                       |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
| Dati relativi al rappresentante firmatario della dichiarazione                                                                                                                                                   | Codice fiscale (obbligatorio)                                                                                       |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          | Partita Iva                                                                                                                   |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | <input type="text"/>                                                                                                |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | Cognome (per le donne indicare il cognome da nubile)                                                                |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          | Nome (senza abbreviazioni)                                                                                                    | Data carica                                                                                          |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               | <input type="text"/> giorno <input type="text"/> mese <input type="text"/> anno <input type="text"/> |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               | Sesso (barrare la casella)                                                                           |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               | Provincia (sigla)                                                                                    |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               | <input type="text"/>                                                                                 |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | Data di nascita                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          | Comune (o Stato estero) di nascita                                                                                            |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | <input type="text"/> giorno <input type="text"/> mese <input type="text"/> anno <input type="text"/>                |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
| Residenza anagrafica<br>(o se diverso)                                                                                                                                                                           |                                                                                                                     | Comune                        |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          | Telefono                                                                                                                      |                                                                                                      |                      |                      |
| Domicilio Fiscale<br>(da compilare se la residenza è variata rispetto alla dichiarazione del 1997)                                                                                                               |                                                                                                                     | Frazione, via e numero civico |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          | prefisso                                                                                                                      | numero                                                                                               |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          | Provincia (sigla)                                                                                                             | C.a.p.                                                                                               |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
| Firma della dichiarazione                                                                                                                                                                                        | Il sottoscritto attesta di aver compilato e allegato i seguenti quadri (barrare le caselle che interessano):        |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | RA                                                                                                                  | RB                            | RC                            | RD                       | RE                                                                 | RF                       | RG                       | RH                       | RI                       | RJ                       | RK                                                                                                                            |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                                            | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                      |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | RL                                                                                                                  | RM                            | RN                            | RP                       | RR                                                                 | RS                       | RT                       | RU                       | RV                       | RX                       | RY                                                                                                                            |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                                            | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                      |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | SA                                                                                                                  | SB                            | SC                            | SD                       | SE                                                                 | SF                       | SG                       | SH                       | SI                       | SK                       | SL                                                                                                                            |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                                            | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                      |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | SM                                                                                                                  | SN                            | SO                            | SP                       | SQ                                                                 | SR                       | SS                       | ST                       | SU                       | SV                       | SW                                                                                                                            |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                                            | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                      |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | Studi di settore <input type="checkbox"/>                                                                           |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
| Le caselle relative all'Iva sono poste in calce ai quadri VH - VL. FIRMA DEL DICHIARANTE                                                                                                                         |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
| PRESENTAZIONE DELLA DICHIARAZIONE<br>Riservato:                                                                                                                                                                  | Codice fiscale dell'intermediario che effettua la trasmissione                                                      |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          | N. iscrizione all'albo dei Caf                                                                                                |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | <input type="text"/>                                                                                                |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | Ricevuta di presentazione della dichiarazione                                                                       |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          | Data                                                                                                                          | <input type="text"/> giorno <input type="text"/> mese <input type="text"/> anno <input type="text"/> | Numero di protocollo | <input type="text"/> |
|                                                                                                                                                                                                                  | Impegno a trasmettere in via telematica la dichiarazione predisposta dal contribuente                               |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | Impegno a trasmettere in via telematica la dichiarazione del contribuente predisposta dal soggetto che la trasmette |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | (indicare A o B; vedere istruzioni)                                                                                 |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          | Si attesta che per il Mod. 770 l'impegno a presentare o a trasmettere la dichiarazione riguarda i quadri di seguito indicati: |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | SA                                                                                                                  | SB                            | SC                            | SD                       | SE                                                                 | SF                       | SG                       | SH                       | SI                       | SK                       | SL                                                                                                                            |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                                            | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                      |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | SM                                                                                                                  | SN                            | SO                            | SP                       | SQ                                                                 | SR                       | SS                       | ST                       | SU                       | SV                       | SW                                                                                                                            |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                                            | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                      |                                                                                                      |                      |                      |
| Visto di conformità<br>Riservato al C.A.F. o al professionista                                                                                                                                                   | I restanti quadri del Mod. 770 sono stati:                                                                          |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          | FIRMA                                                                                                                         |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | • trasmissi dall'intermediario identificato dal codice fiscale                                                      |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | • trasmissi direttamente o consegnati a banche o posta dal contribuente (barrare la casella)                        |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | Codice fiscale del responsabile del C.A.F. o professionista                                                         |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | Si appone il visto ai sensi dell'art. 35 del D.Lgs. 9 luglio 1997, n. 241 e successive modificazioni                |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          | FIRMA DEL RESPONSABILE DEL C.A.F. O DEL PROFESSIONISTA                                                                        |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                               |                               |                          |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
| Riservato alla Banca o alle Poste Italiane S.p.A.                                                                                                                                                                | Dichiarazione non compilata                                                                                         |                               | Dichiarazione non firmata     |                          | Dichiarazione incompleta                                           |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |
|                                                                                                                                                                                                                  | <input type="text"/>                                                                                                |                               | <input type="text"/>          |                          | <input type="text"/>                                               |                          | <input type="text"/>     |                          |                          |                          |                                                                                                                               |                                                                                                      |                      |                      |