

ALL'AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE
DI PISTOIA
SERVIZIO _____
PIAZZA SAN LEONE, 1
51100 PISTOIA

OGGETTO: Contributo alla Società/Associazione _____

di € _____ per _____

Il sottoscritto _____

Nella sua qualità di Presidente/Amministratore della _____

(nome della Società o Associazione)

DICHIARA

~~che~~ il contributo in oggetto **deve** essere assoggettato alla ritenuta di acconto del 4% come previsto dall'art. 28, secondo comma, del D.P.R. 29.9.1973 n. 600, in quanto la Società/Associazione ha reddito d'impresa;

~~che~~ il contributo in oggetto **non deve** essere assoggettato alla ritenuta di acconto del 4% come previsto dall'art. 28, secondo comma, del D.P.R. 29.9.1973 n. 600;

~~Per~~ assoluta mancanza di qualsiasi attività produttiva di reddito d'impresa;

~~Per~~ inesistenza di reddito d'impresa in quanto l'attività esercitata è esclusivamente agricola nel senso e con le limitazioni indicate dall'art. 28 del D.P.R. 29.09.1973 n. 597;

~~Perché~~ il contributo verrà destinato all'acquisto di beni strumentali;
(barrare con una croce la voce interessata)

Data _____

Firma

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarla che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

I dati da Lei forniti verranno trattati per consentire l'adempimento degli obblighi in materia di contabilità IVA

Il trattamento sarà effettuato con modalità manuali e informatizzate

Il conferimento dei dati è obbligatorio per consentire gli adempimenti di legge.

I dati saranno comunicati al Tesoriere Provinciale per l'effettuazione del pagamento e all'Agenzia delle Entrate .

Il titolare e il responsabile del trattamento è il Dott. Vincenzo Evangelisti

Lì _____

Firma _____