



DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

# MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

## CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

codice ufficio

codice atto

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

data di nascita

sesto (M o F) comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno  
10

mese  
01

anno

F

V

PD

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

## MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

| Sezione | cod. tributo | codice ente | ravv. | immob. variabili | acc. | saldo | num. immob. | rateazione/mese rif. | anno di riferimento | detrazione | importi a debito versati | importi a credito compensati |
|---------|--------------|-------------|-------|------------------|------|-------|-------------|----------------------|---------------------|------------|--------------------------|------------------------------|
| ER      | 4001         |             |       |                  |      |       |             | 0101                 | 2019                |            | 562,24                   |                              |
| ER      | 4033         |             |       |                  |      |       |             | 0101                 | 2020                |            | 847,38                   |                              |
|         |              |             |       |                  |      |       |             |                      |                     |            | <b>EURO +</b>            | <b>1.409,62</b>              |

**SALDO FINALE**

## ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

|        |      |      |   |               |   |
|--------|------|------|---|---------------|---|
| DATA   |      |      | CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE |               | <input type="checkbox"/> bancario/postale<br><input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale      |
| giorno | mese | anno | AZIENDA                                     | CAB/SPORTELLO |   |
|        |      |      |   |               | Pagamento effettuato con assegno n.ro _____<br>tratto / emesso su _____<br>cod. ABI _____ CAB _____ |

COPIA CONFORME AL PROV. DEL 19/06/2013 A.E. - ZUCCHETTI S.p.A.

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO



DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

# MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

## CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

codice ufficio

codice atto

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

data di nascita

sesto (M o F) comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

mese

anno

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

## MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

| Sezione | cod. tributo | codice ente | ravv. | immob. variabili | acc. | saldo | num. immob. | rateazione/mese rif. | anno di riferimento | detrazione | importi a debito versati | importi a credito compensati |
|---------|--------------|-------------|-------|------------------|------|-------|-------------|----------------------|---------------------|------------|--------------------------|------------------------------|
| ER      | 4001         |             |       |                  |      |       |             | 0101                 | 2019                |            | 562,24                   |                              |
| ER      | 4033         |             |       |                  |      |       |             | 0101                 | 2020                |            | 847,38                   |                              |
|         |              |             |       |                  |      |       |             |                      |                     |            | <b>EURO +</b>            | <b>1.409,62</b>              |

**SALDO FINALE**

Autorizzo addebito su c/c IBAN

## ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

|        |      |      |   |               |   |
|--------|------|------|---|---------------|---|
| DATA   |      |      | CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE |               | <input type="checkbox"/> bancario/postale<br><input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale      |
| giorno | mese | anno | AZIENDA                                     | CAB/SPORTELLO |   |
|        |      |      |   |               | Pagamento effettuato con assegno n.ro _____<br>tratto / emesso su _____<br>cod. ABI _____ CAB _____ |

COPIA CONFORME AL PROV. DEL 19/06/2013 A.E. - ZUCCHETTI S.p.A.

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE



# Fattura



Studio Dentistico Ortodontico Dott. Vincenzo Conte

Via Bolivia, 7  
35011 CAMPODARSEGO (PD)  
C.F. CNTVCN58L18L011Z P.I. 02508900285

Tel.: 0495565302 Fax:  
Email: contestudiodentistico@gmail.com  
Sito internet: contestudiodentistico.it

Egr.

|                       |                    |            |                               |
|-----------------------|--------------------|------------|-------------------------------|
| Numero<br>902-2019    | Data<br>24/10/2020 | Data Scad. | Cod. Fis.<br>MROMRS59A50L947K |
| Pagamento<br>CONTANTI |                    |            |                               |

| Abbr.       | DESCRIZIONE  | Dente | € PREZZO       | € IMPORTO      |
|-------------|--|-------|----------------|----------------|
|             | Radiografia OPT  |       | 40,00          | 40,00          |
|             | pagato bancomat  |       |                |                |
| <b>Note</b> | Operazione esente IVA ai sensi dell'art.10 del D.P.R. 633/72 e successive modificazioni.                   | 1 / 1 | Totale importo | € 40,00        |
|             | <br>Firma per quietanza |       |                | TOTALE € 40,00 |



E 2 F P R 0 0 0 0 9 7 P 1 9

Cod.Fiscale Paziente:

Pratica N. 950233 del 3.01.2020

Fattura Nr. 97/P del 3.01.2020

(E2) LCO-S-0301191128

**Natura, Qualita' e Quantita' dei Servizi**

**Ticket**

**Fuori Convenzione**

|   |        |
|---|--------|
| 1) ASPORTAZIONE CISTI CON AN.LOCALE Nr. 1 | 350,00 |
| Imposta di Bollo Euro                     | 2,00   |

| Imponibile | Cod. | Descrizione    | I.V.A. |
|------------|------|----------------|--------|
| 350,00     | E1   | Esente Art. 10 | 0,00   |
| 2,00       | E5   | Escluso Art.15 | 0,00   |

|                        |             |               |                   |
|------------------------|-------------|---------------|-------------------|
| <b>TOTALE a pagare</b> | <b>Euro</b> | <b>352,00</b> |                   |
| Pagato il 3.01.2019    | Euro        | 352,00        | A mezzo: Bancomat |
| R e s t o              | Euro        | 0,00          |                   |

Dott. IACOPETTI TULLIO  
Spec. in Chirurgia Plastica e Ricostruttiva  
Cod.Fiscale CPTTLL49H15Z600C

- Prestazioni Sanitarie Esenti IVA ai sensi art. 10, comma 1, nr. 18 D.P.R. 633/72
- Imposta di Bollo assolta in modo virtuale ai sensi del D.M. 23/01/2004.  
Autorizzazione rilasciata da Agenzia delle Entrate, Ufficio Territoriale Padova 2  
Protocollo n. 161199 e n. 53 progressivo bollo virtuale del 26/11/2010.

Dott. Stefano Parolini

SPECIALISTA IN OTORINOLARINGOIATRIA  
SPECIALISTA IN AUDIOLOGIA

Via Colombina, 7 - 35134 PADOVA

Cod. Fisc : PRL SPN 55P10 G224J - P. IVA 01599540281

PARCELLA N.

2595

data

2-10-2020

S

MORO MARISA

Via Mancoskele 12

MOROMRS S9A50L947K ~~ESONTE~~ (PS)

NATURA DEI SERVIZI FORMANTI OGGETTO DELLA PRESTAZIONE

IMPORTO

Visita specialistica O.R.L.

90,00

totale 90,00

pagato

bancomat

Informato sui diritti di cui al D.L.G.S. 196 del 30.06.2003, acconsento e autorizzo il Dott. Stefano Parolini al trattamento dei miei dati personali esclusivamente al fine diagnostico, terapeutico ed economico - amministrativo.

QUIETANZA

TOTALE

Firma

Esente IVA ai sensi dell'Art. 10 punto 18  
D.P.R. N. 24 del 29-1-1979

90,00

SANITARIO, DOMICILIO, CODICE FISCALE, PARTITA IVA

Dott.ssa **FABIOLA MENON**  
BIOLOGO - NUTRIZIONISTA  
Via Piovese, 176/C - 35127 Padova  
Tel. 049.8020867 - 348.3800234  
Cod. Fisc.: MNN FBL 64P67 E522G  
Part. IVA: 01049410291

RICEVUTA n.

29

Data  
20/04/2020

S

V. N.

C.F.

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA O DELLA CESSIONE

IMPORTO

CONSULENZA SPECIALISTICA  
PER TERAPIA NUTRIZIONALE

3,21

pagamento  
bancomat

CONTRIBUTO INTEGRATIVO ENPAB 4%

0,93

RITENUTA D'ACCONTO  
(in caso di prestazioni a imprese)

€

TOTALE

Bollo  
o IVA

%

3,00

da Pagare €

3,93

Ministero dell'Economia e delle Finanze  
Agenzia Entrate

MARCA DA BOLLO  
€2,00  
DUE/00

01000580 00005039 WD483001  
00068352 22/03/2019 09:21:58  
4578-00087 085981FS70CF1E39  
IDENTIFICATIVO : 01180768906177

0 1 18 076890 617 7

La ricevuta rilasciata per prestazioni sanitarie è esente da IVA ai sensi dell'art. 10, comma, 1, n. 18 del D.P.R. 633/1972 e succ. modif., e soggetta a eventuale imposta di bollo di cui al D.P.R. 642/1972 e succ. modif.; la ricevuta rilasciata in caso di prestazione di altro genere o di cessione di beni è soggetta ad IVA.

In caso di prestazioni ad imprese il sostituto d'imposta è obbligato ad operare il prelievo ed il relativo versamento della ritenuta di acconto sul lavoro autonomo.

SANITARIO, DOMICILIO, CODICE FISCALE, PARTITA IVA

Doct.ssa **FABIOLA MENON**  
BIOLOGO - NUTRIZIONISTA  
Via Piovese, 176/C - 35127 Padova  
Tel. 049.8020867 - 348.3800234  
Cod. Fisc.: MNN FBL 64P67 E522G  
Part. IVA: 01049410291

RICEVUTA n.

*AB*

**14.02.2020**

Data

| DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA O DELLA CESSIÒNE   | IMPORTO  |
|--|--|
| <b>CONSULENZA SPECIALISTICA<br/>PER TERAPIA NUTRIZIONALE</b>   | <i>113,01</i>  |
| paBato calta   |  |
| <b>CONTRIBUTO INTEGRATIVO-ENPAB-4%</b>   | <i>6,93</i>  |
| <b>RITENUTA D'ACCONTO</b><br>(in caso di prestazioni a imprese)<br><b>BOLLO ASSOLTO AI SENSI DEL DECRETO<br/>MEF 17 GIUGNO 2014 (ART. 6)</b> | <b>TOTALE</b><br>Bollo o IVA _____ % <i>2,00</i>   |
| FIRMA PER QUIETANZA  | da Pagare € <i>121,94</i>  |
| MARCA<br>DA<br>BOLLO   | La ricevuta rilasciata per prestazioni sanitarie è esente da IVA ai sensi dell'art. 10, comma, 1, n. 18 del D.P.R. 633/1972 e succ. modif., e soggetta a eventuale imposta di bollo di cui al D.P.R. 642/1972 e succ. modif.; la ricevuta rilasciata in caso di prestazione di altro genere o di cessione di beni è soggetta ad IVA. |
|  | In caso di prestazioni ad imprese il sostituto d'imposta è obbligato ad operare il prelievo ed il relativo versamento della ritenuta di acconto sul lavoro autonomo.   |

51



# Geom. Samuele Trento

Amministrazioni Condominiali e Immobiliari

Gent.le Sig.ra

Cadoneghe, 28 febbraio 2020

**Oggetto:** certificazione ai fini della detrazione fiscale IRPEF redditi 2019.

In relazione ai lavori di **Nuovo impianto videocitofonico effettuati presso il Condominio GIORGIO I sito in C.F. 92085980289** e ai bonifici effettuati da questa amministrazione entro il **31/12/2019**, si comunica

che potrete considerare ai fini della detrazione per i redditi 2019 l'importo di **Euro 481,00 (quattrocentoottantuno/00)** costituente la quota di Vostra spettanza rispetto al totale versato ai fornitori.

Che nell'ambito delle comunicazioni obbligatorie tra questo ufficio e l'Agenzia delle Entrate di cui al D.M. del Ministero dell'Economia e delle Finanze 1° dicembre 2016, verrà utilizzato il seguente codice fiscale:

**Codice fiscale del beneficiario attualmente intestatario del beneficio  
fiscale M**

Gli eventuali maggiori importi versati saranno oggetto di certificazione per l'anno seguente, avendo proceduto ai versamenti ai fornitori in epoca successiva, secondo quanto precisato con circolare ministeriale 95/E del 12/05/2000.

Tutta la documentazione inerente la pratica in oggetto è conservata agli atti per consentire ogni eventuale futura esibizione agli uffici finanziari.

Si dichiara inoltre di aver adempiuto a tutti gli obblighi di legge.

Cordiali saluti.

l'Amministratore  
Geom. Samuele Trento



**ANACI**

P.zza Insurrezione, 8/b - 35010 Cadoneghe (PD) - Tel. 049/2132676 - Fax 049/2131150

e-mail [info@amministrazionitrento.com](mailto:info@amministrazionitrento.com) - p.iva 04037530286 - Iscrizione ANACI n.11524

Orario Ufficio: "Mattino" dal Lunedì al Venerdì dalle ore 09:00 alle 12:30 - "Pomeriggio" Martedì e Giovedì dalle ore 15:00 alle ore 18:30

Professione esercitata ai sensi della legge 14 gennaio 2013, n.4 (G.U. n.22 del 26-1-2013)



DCOPI0306  
ID: DAB82354073  
Aut. MBPA/NE/0090/2015

20904867  
24837 48 2

VERA ASSICURAZIONI  
GRUPPO CATTOLICA ASSICURAZIONI  
VERONA

## DICHIARAZIONE AI FINI FISCALI

### Polizza CPI Prestiti Collettiva

Gentile Cliente,

in riferimento al seguente contratto:

Numero Polizza: 60080030000001007850  
Assicurato: 05/07/2019  
Aderente:  
Data effetto originale:

Codice Fiscale:  
P.Iva:

Vera Assicurazioni S.p.A. dichiara di aver ricevuto nell'anno 2019, a titolo di premio di assicurazione, l'importo di Euro 132,60, di cui detraibile Euro 21,22 ai sensi dell'art. 15, comma 1 lett. f), del TUIR, se non costituisce onere deducibile dal reddito d'impresa o di lavoro autonomo eventualmente esercitato, fermo l'importo massimo detraibile per anno stabilito dalla vigente normativa di legge.

Distinti Saluti.

Luogo e data

Verona 11/03/2020

La Direzione

COPIA PER IL CLIENTE

1 / 1



0006060080003060080030000001007850005072019C



Vera Assicurazioni S.p.A.

Sede legale in Italia - Via Carlo Farini, 45 - 37126 Verona - Pec: veraassicurazioni@pec.gruppocattolico.it - Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.)  
Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni 04596530230  
- Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazioni - Società Cooperativa Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2368 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 263 del 17/11/2005) - Iscrizione all'Albo delle imprese di Assicurazione n. 1.00151 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

www.veraassicurazioni.it



Intermediario: A02601 AGOS  
Filiale:

CPI 4YOU - PRESTITI PERSONALI-AUTO-FINALIZZATI - YC023  
Numero di polizza: 7051205  
Contraente: MORO MARISA  
Decorrenza: 05/07/2019



IDDBC12YC0EBX  
DCOPI0309

59746 - 94

Verona, 07/04/2020

**Oggetto: DICHIARAZIONE AI FINI FISCALI - POLIZZA N. 7051205**

Gentile Cliente,

al fine di favorire l'acquisizione delle informazioni necessarie per fruire della detrazione di imposta, nei limiti e alle condizioni previste dal TUIR, si attesta che per la polizza indicata in oggetto è stato corrisposto nell'anno 2019 un premio di euro 77,00 afferente a polizza di assicurazione avente per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, in cui l'impresa di assicurazioni non ha facoltà di recesso dal contratto (vd. art. 15, comma 1, lett. f), del TUIR).

Riepiloghiamo di seguito le principali informazioni relative al Suo contratto.

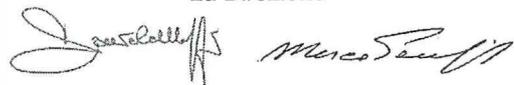
**DATI GENERALI DI POLIZZA**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Contraente</b>         | <b>MORO MARISA</b><br>Codice Fiscale: <i>00000000000000000000</i> |
| <b>Assicurato</b>         | <i>L'Assicurato coincide con il Contraente</i>                    |
| <b>Data di decorrenza</b> | <i>05/07/2019</i>   |

Per qualsiasi ulteriore chiarimento potrà rivolgersi al numero verde 800 549 330 (attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30) e all'indirizzo e-mail [info@veraprotezione.it](mailto:info@veraprotezione.it).

Con l'occasione Le porgiamo i nostri più cordiali saluti.

La Direzione



 DICHIARAZIONE FISCALE pag. 1 di 1  
0285858A0260160000000705120500000107042020C



Vera Protezione S.p.A.

Sede legale in Italia - Via Carlo Ederle, 45 - 37126 Verona - Pec: veraprotezione@pec.gruppocattolica.it - Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.)  
Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni  
04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa  
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 - Iscrizione all'Albo delle Imprese  
di Assicurazione n. 1.00171 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

[www.veraassicurazioni.it](http://www.veraassicurazioni.it)

**Filiale:**

50407 - ESTE

**Tipologia mutuo:**

Mutuo ipotecario

01 50407

**Data di stipula:**

18.12.2014

**Capitale originario:**

91.101,60 EUR

**Intestatari:**BELLAMIO MARICA - **Certificazione interessi e spese del mutuo.**

Questa attestazione viene rilasciata in carta libera per gli usi consentiti dalla legge e sostituisce eventuali altre certificazioni emesse in precedenza relativamente al medesimo anno di riferimento.

Tutti i dati che vi sono esposti corrispondono a quelli presenti nell'archivio informatico della Banca.

Resta a Sua esclusiva cura verificare se e in quale misura, in base alla normativa vigente, gli interessi passivi e le spese qui riepilogate sono ammesse alla detrazione fiscale.

Si attesta che alla data del 31.12.2020 il capitale residuo del mutuo in oggetto - come da piano di ammortamento del mutuo e senza considerare l'eventuale impagato - ammontava a 68.292,97 EUR.

Tale valore non considera nemmeno gli eventuali pagamenti effettuati entro la medesima data di rate scadenti l'anno successivo, ancorchè di tali pagamenti si tenga debito conto nel seguente prospetto.

Nel corso dell'anno 2020 sono stati pagati i seguenti importi riferibili a interessi passivi o oneri accessori:

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| Interessi pagati                  | 1.004,93 € |
| Rateo interessi mutuo rinegoziato | 68,96 €    |

La voce "Spese e/o arrotondamenti" include, se applicate, le seguenti condizioni economiche: Costo emissione comunicazione di legge cartacea e Avviso (cartaceo o on line) di scadenza e/o quietanza di pagamento.

Questa attestazione è rilasciata in nome e per conto di ISP OBG SRL.

Il Suo gestore in filiale è a disposizione per eventuali chiarimenti.

Cordiali saluti.

Torino, 18 marzo 2021

**IL CONSIGLIERE DELEGATO E CEO**

Carlo Messina

