



ASSOCIAZIONE NAZIONALE
CONSULENTI TRIBUTARI

NOME TRIBUTARISTA

ISCRITTO ALLA
SEDE PROVINCIALE DI MILANO

NUMERO D'ISCRIZIONE _____

Spettabile
AGENZIA DELLE ENTRATE
DIREZIONE REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Oggetto: Certificazione di avvenuto versamento di imposte in contestazione

DATI IDENTIFICATIVI DEL CONTRIBUENTE

Cognome e nome _____
Data e luogo di nascita _____
Residenza _____
Codice fiscale _____

DATI IDENTIFICATIVI DEL TRIBUTARISTA

Cognome e nome _____
Data e luogo di nascita _____
Residenza _____
Codice fiscale _____
Telefono _____ Fax _____
E-mail _____

DATI IDENTIFICATIVI DELLA COMUNICAZIONE/CARTELLA

Modello:

Anno di imposta:

Codice tributo: