

VERIFICA DEBITI DEFUNTO ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Di seguito alcune indicazioni per la compilazione del modulo di delega per la Verifica Debiti del Defunto che prevede la compilazione di 2 moduli di delega:

1. Certificato Carichi Pendenti
2. Estratto Ruolo Equitalia

1. MODULO DELEGA CERTIFICATO CARICHI PENDENTI AGENZIA ENTRATE

- Compilare il modulo con i dati anagrafici per la Identificazione del Soggetto d'Imposta la persona deceduta o de cuius (Codice Fiscale, Nome e Cognome, Domicilio fiscale)
- Inserire il nominativo del richiedente (l'erede o chiamato all'eredità), il codice fiscale e il comune di residenza.
- Inserire la data di compilazione del modulo e la firma dell'erede richiedente. La firma apposta nel modulo di delega deve essere una firma autografa (non digitale) il più simile possibile a quella presente sul documento d'identità.
- Nella **pagina 2**, compilare il modulo di delega con i dati anagrafici dell'erede delegante, con i dati della persona deceduta o de cuius, inserire la data e la firma.
- Nella **pagina 3**, compilare e firmare a cura di uno degli **eredi** anche la **Dichiarazione sostitutiva di certificazione - Atto notorio**

2. MODULO DELEGA ESTRATTO RUOLO EQUITALE

- Nella **pagina 4**, compilare con i dati anagrafici e domicilio dell'erede o del chiamato all'eredità e specificare il nominativo e codice fiscale della persona deceduta per la quale si richiede la verifica debiti.
- Nella **pagina 5**, inserire la data di compilazione del modulo ed apporre la firma dell'erede. La firma apposta nel modulo di delega deve essere una firma autografa (non digitale) il più simile possibile a quella presente sul documento d'identità. Nella sezione **DELEGA ALLA PRESENTAZIONE** inserire il nominativo dell'erede, la data di compilazione del modulo e la firma del delegante.
- Nella **pagina 7**, compilare e firmare a cura di uno degli **eredi** anche la **Dichiarazione sostitutiva di certificazione - Atto notorio**

Il documento di identità dell'**erede** può essere rappresentato da **carta di identità** o **passaporto** con firma autografa. Nel caso di cittadini extra comunitari con residenza in Italia sarà necessario inviare anche il **permesso di soggiorno**.



Trust S.r.l.

capitale sociale euro 50.000 i.v. / c.f. e p.iva 03470460928 / REA CA-273901 / PEC trust-srl@legalmail.it
via Italia 80 - 09045 Quartu Sant'Elena (CA), Italia / Tel. (+39) 0707331197 – 0707331209 - 0707331232
Web www.visureitalia.com - Email info@visureitalia.com



Modalità di invio e documenti

I due moduli di delega devono essere firmato dall'**erede** ed inviati alla casella email info@visureitalia.com unitamente al **documento di identità** (fronte retro e in corso di validità) in formato .pdf ed alla **tessera sanitaria** dell'erede.

Contatti Assistenza Clienti

Per qualunque richiesta di chiarimenti o di assistenza nella compilazione del modulo, contattare il servizio Assistenza Clienti dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 18:00 ai seguenti recapiti:

- Telefono +39 0707331209 – 0707331232 - 0707331197
- Whatsapp +39 3491266146
- Email info@visureitalia.com

**Trust S.r.l.**

capitale sociale euro 50.000 i.v. / c.f. e p.iva 03470460928 / REA CA-273901 / PEC trust-srl@legalmail.it
via Italia 80 - 09045 Quartu Sant'Elena (CA), Italia / Tel. (+39) 0707331197 – 0707331209 - 0707331232
Web www.visureitalia.com - **Email** info@visureitalia.com



RICHIESTA CERTIFICAZIONE DEI CARICHI PENDENTI
– PERSONE FISICHE –
(art. 14, comma 3, D.lgs. 472/1997)

IDENTIFICAZIONE DEL SOGGETTO D'IMPOSTA

Codice Fiscale: _____ Numero di partita IVA _____

Nome e Cognome, Denominazione o Ragione Sociale _____

Domicilio Fiscale:

Via e numero civico: _____ C.a.p. _____ Comune _____

Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

residente in _____ in qualità di _____

della ditta/società _____ con sede in _____

P.IVA n. _____ Telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

il rilascio di un certificato dei carichi pendenti relativi al soggetto d'imposta sopra identificato per:

- ☒ **esistenza di carichi pendenti a seguito di interrogazione al sistema informativo dell'Anagrafe Tributaria ai fini delle imposte dirette, I.V.A., imposte indirette sugli affari e altri tributi indiretti.**
- ☐ **esistenza di contestazioni in corso e di quelle già definite per le quali i debiti non sono stati soddisfatti alla data della presente (art. 14 del D.lgs. 18 dicembre 1997, n. 472, riguardante la cessione d'azienda).**

DICHIARAZIONE DI CONSENSO DEL POTENZIALE CEDENTE

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

In qualità di _____ della ditta/società _____

con sede in _____ partita I.V.A. n. _____

esprime il proprio consenso ai fini del rilascio della certificazione di cui all'art. 14, comma 3, del D.Lgs. 18 dicembre 1997 n. 472.

Si allega copia del documento d'identità.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del d.lgs. 196/2003, così come modificato dal d.lgs.101/2018.

Luogo e data _____ Firma _____

Luogo e data _____

Firma _____

Allegati:

- mod. F24, codice tributo 1599, di € 32,00 per imposta di bollo;
- mod.F24, codice tributo 1538, di € 16,00 per tributi speciali;
- copia di documento di identità del sottoscrittore in corso di validità;
- delega alla presentazione della richiesta e copia di un documento di identità in corso di validità del delegato e delegante.

MODULO DI DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____ nato il _____
a _____ codice fiscale _____
residente in _____ provincia _____
Via _____ n.c. _____ documento identità n. _____
rilasciato da _____ con scadenza _____
in qualità di _EREDE _____
del de cuius _____ nato il _____
a _____ codice fiscale _____
residente alla data del decesso in _____ provincia _____

DELEGA

Il Sig. _____ Paolo Baita _____ nato il 18/07/1966 _____
a _____ Genova _____ (GE) codice fiscale _____ BTAPLA66L18D969F _____
residente in _____ Quartu Sant'Elena _____ provincia CA _____
Via _____ n.c. _____ documento di identità n. _____
rilasciato da _____ con scadenza il _____ a _____
richiedere per mio conto il CERTIFICATO CARICHI PENDENTI RELATIVO AL DE CUIUS

con consegna tramite PEC TRUST-SRL@LEGALMAIL.IT

Data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - ATTO NOTORIO

(resa ai sensi dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

All'Agenzia delle entrate - Riscossione

Agente della riscossione per la Provincia di Bari e Barletta-Andria-Trani

Il/La sottoscritto/a

nato/a a Prov il/...../.....

codice fiscale residente in Prov

Via/Piazza n. C.A.P.

consapevole che, ai sensi dell'art. 76, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

☐ di avere la qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE e di essere munito di poteri di delega della seguente Persona Giuridica/Società/Ente: denominazione/ragione sociale

Codice Fiscale

☐ di essere stato nominato CURATORE FALLIMENTARE

del fallimento n.

relativo a

C. F.

dal Tribunale di

con provvedimento n. del ____/____/____ e di esercitare attualmente le relative funzioni.

☒ sotto la propria responsabilità che il Sig.:

..... nato/a a il ____/____/____

è deceduto in in data ____/____/____

senza lasciare testamento (oppure lasciando testamento); che gli eredi testamentari e/o legittimi sono:

..... nato/a a il ____/____/____

..... nato/a a il ____/____/____

..... nato/a a il ____/____/____

..... nato/a a il ____/____/____

..... nato/a a il ____/____/____

..... nato/a a il ____/____/____

che tutti gli eredi godono della piena capacità di agire; che, al di fuori delle persone indicate, non vi sono altri eredi testamentari e/o legittimi o persone aventi comunque diritto.

☐ ALTRO

.....

.....

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Tutela della Privacy), che i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

- Allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Data ____/____/____

Firma del dichiarante 

Prot. N. _____ del _____

Spazio riservato all'Agente della riscossione

RICHIESTA DOCUMENTI

Il/La sottoscritto/a..... nato/a il.....

a..... (Prov.....) codice fiscale.....

☐ in proprio (persone fisiche);☐ in qualità di.....(specificare se TITOLARE / RAPPRESENTANTE LEGALE / TUTORE / CURATORE / COOBBLIGATO IN VIA SUSSIDIARIA¹ / ALTRO)

del/della..... codice fiscale.....

ai fini dell'esame e della trattazione di questa richiesta dichiara di **essere domiciliato/a** al seguente indirizzo:

Comune.....(Prov.....) Indirizzo.....

CAP..... presso (indicare eventuale domiciliatario)

telefono..... e-mail/PEC.....

- ☐ dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso decreto (in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi), di essere (specificare se titolare / rappresentante legale / tutore / curatore / coobbligato in via sussidiaria / altro) della ditta/società/persona sopra indicata

CHIEDE

il rilascio dei seguenti documenti:

- ☐ situazione debitoria complessiva
- ☐ estratto di ruolo dei seguenti atti.....
- ☐ copia relata di notifica dei seguenti atti.....
- ☐ dichiarazione sostitutiva di pagamento dei seguenti atti.....
- ☐ copia dei moduli di pagamento della rateizzazione protocollo n.....
- ☐ PIN per la consultazione dell'atto n..... depositato dall'Agente della riscossione nell'area riservata del sito internet della società Infocamere S.C.p.A. (solo per imprese individuali, persone giuridiche, professionisti iscritti in albi o elenchi)
- ☐ estratto di ruolo delle cartelle/avvisi riportati nell'informativa prevista dall'art. 25 - bis DPR n. 602/1973
N. documento del / / ricevuta in qualità di coobbligato in via sussidiaria e di cui si ALLEGA copia.
- ☐ altro

¹ Quale destinatario dell'Informativa prevista dall'art. 25-bis del decreto del Presidente della Repubblica n. 602/1973 inviata da Agenzia delle entrate-Riscossione.

CHIEDE ALTRESI'

di voler ricevere tali documenti:

- ☐ ritirandoli presso lo sportello, allegando la presente richiesta
(opzione selezionabile esclusivamente se la richiesta è stata presentata direttamente presso lo sportello)
- ☐ al seguente indirizzo di posta elettronica/PEC

Relativamente al trattamento consentito dei dati personali conferiti con questa richiesta e con i relativi allegati, il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa ex art. 13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati n. 679/2016 e di accettarne i contenuti.

Luogo e data

Firma **X**

DELEGA ALLA PRESENTAZIONE

(da compilare esclusivamente nell'ipotesi di presentazione da parte di un soggetto diverso dal richiedente)

Io sottoscritto/a.....

- ☐ in proprio;
- ☐ in qualità di.....
(specificare se titolare/rappresentante legale/tutore/curatore/coobbligato in via sussidiaria/altro)

del/della.....

delego il/la Sig./Sig.ra

- ☐ a presentare questa richiesta;
- ☐ a ritirare la documentazione di cui alla presente richiesta

Luogo e data..... Firma del delegante **X**

N.B. Allegare fotocopia del documento di identità del delegante e del delegato

SPAZIO RISERVATO AL PERSONALE

Agenzia delle entrate-Riscossione, Agente della riscossione per l'ambito provinciale di

- ☐ allego copia del documento di riconoscimento del soggetto richiedente, acquisito ai sensi dell'art. 45 del DPR n. 445/2000

OPPURE

- ☐ attesto, ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, che la sottoscrizione della richiesta di cui sopra è apposta in mia presenza dal/dalla Sig./Sig.ra.....
identificato/a mediante documento di riconoscimento..... n.....
rilasciato da in data

Data Nome, cognome e firma del dipendente addetto

Per accettazione della richiesta

Sportello di.....

Timbro sportello e firma.....

In caso di ritiro/consegna allo sportello fisico:

Data consegna

Firma per ricevuta.....

INFORMAZIONI PER L'INTERESSATO

[art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 - Regolamento generale sulla protezione dei dati]

Agenzia delle entrate-Riscossione (di seguito, per brevità, AdeR), con sede legale in via Giuseppe Grezar, 14 – 00142 Roma, codice fiscale e partita IVA: 13756881002, è Titolare del trattamento dei dati personali che Lei riguardano.

AdeR tratta i Suoi dati personali esclusivamente per dar seguito alla richiesta di documenti da Lei avanzata e con il suo consenso, che può essere revocato in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Il conferimento dei dati è facoltativo, ma la mancata comunicazione comporta l'impossibilità di dar seguito alla Sua richiesta. AdeR potrà avvalersi dei recapiti da Lei eventualmente indicati per le comunicazioni inerenti alla richiesta, per consentirne il buon fine.

Il trattamento dei Suoi dati avviene anche mediante l'utilizzo di strumenti elettronici per il tempo e con logiche strettamente correlate alle predette finalità e comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto delle previsioni normative, anche europee, in materia di protezione dei dati personali.

I Suoi dati personali, che saranno conservati per il tempo necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti, non possono essere oggetto di diffusione, tuttavia, se necessario per le finalità di cui sopra, possono essere comunicati:

- ai soggetti a cui la comunicazione dei dati debba essere effettuata in adempimento di un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria ovvero per adempiere ad un ordine dell'Autorità Giudiziaria;
- ai soggetti designati dal Titolare, in qualità di Responsabili ovvero alle persone autorizzate al trattamento dei dati personali che operano sotto l'autorità diretta del Titolare o del Responsabile;
- ad altri eventuali soggetti terzi, nei casi espressamente previsti dalla legge, ovvero ancora se la comunicazione si renderà necessaria per la tutela di AdeR in sede giudiziaria, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di protezione dei dati personali.

Lei ha il diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati e/o verificarne l'utilizzo. Ha, inoltre, il diritto di chiedere, nelle forme previste dall'ordinamento, la rettifica dei dati personali inesatti e l'integrazione di quelli incompleti; nei casi indicati dal Regolamento, fatta salva la speciale disciplina prevista per alcuni trattamenti, può altresì chiedere - decorsi i previsti termini di conservazione - la cancellazione dei dati o la limitazione del trattamento; l'opposizione al trattamento, per motivi connessi alla Sua situazione particolare, è consentita salvo che sussistano motivi legittimi per la prosecuzione del trattamento.

Esclusivamente per esercitare i diritti sopra indicati potrà presentare richiesta, corredata da copia di idoneo e valido documento di riconoscimento, utilizzando i dati di contatto del Titolare del trattamento – Agenzia delle entrate-Riscossione, Struttura a supporto del Responsabile della protezione dei dati – con le seguenti modalità:

- per posta, al seguente indirizzo: Agenzia delle entrate-Riscossione - Struttura a supporto del Responsabile della protezione dei dati, via Giuseppe Grezar, 14 – 00142 Roma;
- telematicamente, all'indirizzo di posta elettronica certificata protezione.dati@pec.agenziariscossione.gov.it. In tal caso, ai sensi dell'art. 65 comma 1 lettere a) e c-bis) del D.Lgs. n. 82/2005 (Codice dell'amministrazione digitale), non sarà necessario allegare il documento di riconoscimento in caso di istanze telematiche sottoscritte con una delle firme previste dall'articolo 20 del D.Lgs. n. 82/2005 (CAD) ovvero trasmesse dall'istante o dal dichiarante dal proprio domicilio digitale con le modalità previste dalla legge.

Il dato di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati è: dpo@pec.agenziariscossione.gov.it.

Qualora ritenga che il trattamento sia avvenuto in modo non conforme al Regolamento, Lei potrà inoltre rivolgersi all'Autorità di controllo, ai sensi dell'art. 77 del medesimo Regolamento.

Ulteriori informazioni in ordine ai Suoi diritti sulla protezione dei dati personali sono reperibili sul sito web del Garante per la Protezione dei Dati Personali all'indirizzo www.garanteprivacy.it.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - ATTO NOTORIO

(resa ai sensi dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

All'Agenzia delle entrate - Riscossione

Agente della riscossione per la Provincia di Bari e Barletta-Andria-Trani

Il/La sottoscritto/a

nato/a a Prov il/...../.....

codice fiscale residente in Prov

Via/Piazza n. C.A.P.

consapevole che, ai sensi dell'art. 76, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

☐ di avere la qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE e di essere munito di poteri di delega della seguente Persona Giuridica/Società/Ente: denominazione/ragione sociale

Codice Fiscale

☐ di essere stato nominato CURATORE FALLIMENTARE

del fallimento n.

relativo a

C. F.

dal Tribunale di

con provvedimento n. del ____/____/____ e di esercitare attualmente le relative funzioni.

☒ sotto la propria responsabilità che il Sig.:

..... nato/a a il ____/____/____

è deceduto in in data ____/____/____

senza lasciare testamento (oppure lasciando testamento); che gli eredi testamentari e/o legittimi sono:

..... nato/a a il ____/____/____

..... nato/a a il ____/____/____

..... nato/a a il ____/____/____

..... nato/a a il ____/____/____

..... nato/a a il ____/____/____

..... nato/a a il ____/____/____

che tutti gli eredi godono della piena capacità di agire; che, al di fuori delle persone indicate, non vi sono altri eredi testamentari e/o legittimi o persone aventi comunque diritto.

☐ ALTRO

.....

.....

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Tutela della Privacy), che i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

- Allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Data ____/____/____

Firma del dichiarante 