



REGIONE SICILIANA  
PALERMO

**DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE**

N° 357

DEL

21 GIU. 2019

**OGGETTO:**

**Conferimento incarico di Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello" di Palermo al Dr. Aroldo Gabriele Rizzo.**

<b>STRUTTURA PROPONENTE:</b>	<u>Direzione Generale</u>	<b>PROPOSTA N°</b>	<u>08</u>	<b>DEL</b>	<u>21 GIUGNO 2019</u>
<p><i>Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento attestano - con la sottoscrizione del presente atto ed a seguito dell'istruttoria effettuata - la regolarità della procedura seguita, che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza nonché utile per il servizio pubblico.</i></p>					
<b>L'ESTENSORE DEL PROVVEDIMENTO</b>	<b>IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO</b>	<b>IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA PROPONENTE</b>			
_____	_____	_____			
(firma)	(firma)	(firma)			
Data: _____	Data: _____	Data: _____			

*Il Funzionario addetto al controllo di budget attesta - con la sottoscrizione del presente atto - che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico e, pertanto, ne attesta la copertura economica dei costi. Attesta, inoltre, il NULLA OSTA in quanto conforme alle norme sulla contabilità.*

Conto Economico (n°): CONTI VARI

Importo (€): oneri da quantificare in sede di bilancio contabile

Sub-autorizzazione (numero): di competenza NU

IL FUNZIONARIO ADDETTO AL CONTROLLO DI BUDGET  
Dr. \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma,  
Il Dirigente  
U.O.C. Economico, Finanziario e Patrimoniale  
Dott.ssa Alga Giuliana

<b>PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO</b>	<b>PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO</b>
<input type="checkbox"/> Favorevole <input type="checkbox"/> Non Favorevole <small>(con motivazioni allegare al presente atto)</small>	<input type="checkbox"/> Favorevole <input type="checkbox"/> Non Favorevole <small>(con motivazioni allegare al presente atto)</small>
Data: _____ Firma: _____	Data: _____ Firma: _____

Il presente provvedimento si compone di n. _____ pagine, di cui n. _____ pagine di allegati.	<b>IL DIRETTORE GENERALE</b> <u>Dr. Walter Messina</u> 
--	---

In data 21 GIU. 2019 nella sede legale dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello" di Palermo, Viale Strasburgo n. 233, P.I. 05841780827

**IL DIRETTORE GENERALE**  
Dr. Walter Messina

nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 198 del 04/04/2019, assistito dal segretario verbalizzante \_\_\_\_\_, adotta la seguente deliberazione.



## DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

### IL DIRETTORE GENERALE

- VISTI** gli artt. 3 e 3bis del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 – recante “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*” – e s.m.i. in cui si prevede che il Direttore Generale è coadiuvato, nell’esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;
- VISTO** l’art. 9, comma 2, lett. a) della L.R. 14 aprile 2009, n. 5 – recante “*Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale*” – in cui si prevede che il Direttore Generale assume tutti i poteri di gestione e la legale rappresentanza dell’Azienda ed adotta tutti i provvedimenti, ivi compresi, in ogni ipotesi di vacanza e di scadenza degli incarichi in essere, i provvedimenti di nomina del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;
- VISTO** il D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, recante “*Disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190*”;
- VISTI** gli artt. 3 e 4 del D.Lgs. 4 agosto 2016, n. 171 e s.m.i. recanti disposizioni per il conferimento dell’incarico di Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo e, ove previsto dalle leggi regionali, di Direttore dei Servizi Socio-sanitari delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- VISTO** il D.P.R.S. n. 198/Serv.1/S.G. del 04 aprile 2019 con il quale il Presidente della Regione Siciliana ha provveduto a nominare il Dr. Walter Messina, nato a Palermo il 26 settembre 1969, quale Direttore Generale dell’Azienda Ospedaliera “*Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello*” di Palermo, per la durata di anni tre, stabilendo – giusta nota assessoriale prot. n. A.I.3/31888 del 15 aprile 2019, con la quale è stato trasmesso il suddetto Decreto Presidenziale – che la decorrenza avrebbe avuto luogo dalla data di insediamento da effettuarsi presso questa Azienda in data 16 aprile 2019;
- VISTA** la Deliberazione n. 1 del 16 aprile 2019 di presa d’atto del suddetto D.P.R.S. e di insediamento del Dr. Walter Messina nella funzione di Direttore Generale dell’Azienda Ospedaliera “*Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello*” di Palermo, per la durata di anni tre a decorrere dal 16 aprile 2019;
- VISTA** la Deliberazione della Giunta regionale di governo n. 352 del 23 dicembre 2008 con la quale sono stati istituiti, fra l’altro, gli elenchi permanenti degli aventi titolo alla nomina a Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario delle Aziende sanitarie della Regione Siciliana;



## DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

- VISTO** il D.A. n. 2297 del 22 dicembre 2015, pubblicato sulla G.U.R.S. – Serie Speciale Concorsi n. 1 – del 26 gennaio 2016, avente ad oggetto “*Avvisi pubblici per l'aggiornamento dell'elenco degli idonei alla nomina a direttore amministrativo e dell'elenco degli idonei alla nomina di direttore sanitario delle aziende del servizio sanitario della Regione Siciliana. Revoca e reindizione*”, che costituisce *lex specialis* della presente procedura;
- VISTO** l'Avviso per l'aggiornamento degli elenchi degli idonei alla nomina a Direttore Amministrativo ed a Direttore Sanitario delle Aziende del Servizio sanitario della Regione Siciliana, pubblicato sulla G.U.R.S. – Serie Speciale Concorsi n. 4 – del 13 aprile 2018;
- VISTO** il D.A. n. 2207 del 22 novembre 2018 avente ad oggetto “*Elenco aggiornato dei soggetti idonei alla nomina a Direttore Sanitario delle Aziende del Servizio sanitario regionale*” pubblicato sulla G.U.R.S. – Serie Speciale Concorsi n. 18 – del 30 novembre 2018, successivamente integrato giusta D.A. n. 216 del 21 febbraio 2019;
- DATO ATTO** che, ai sensi della più volte sopra richiamata normativa, il Direttore Generale nomina il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario fra i soggetti iscritti negli appositi elenchi di idonei;
- VISTA** la nota dell'Assessorato Regionale della Salute prot. n. 34662 del 29 aprile 2019, avente ad oggetto “*Trasmissione, ai fini dell'esercizio delle prerogative di cui all'art. 3, co. 1 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 ed agli artt. 3 e 4 del D.Lgs. n. 171/2016 e ss.mm.ii., dei curricula dei soggetti inseriti negli elenchi regionali aggiornati, tenuti dall'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, dei Direttori Sanitari e dei Direttori Amministrativi delle Aziende del S.S.R.*”;
- CONSIDERATO** che, a seguito della suddetta nota assessoriale, il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera “*Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello*” ha:
- ✓ provveduto il 02 maggio 2019 al ritiro, direttamente presso l'Assessorato della Salute, del supporto informatico (CD) contenente i curricula dei Direttori Sanitari ed Amministrativi ricompresi in distinti elenchi;
  - ✓ proceduto, in varie sedute, alla disamina comparativa di tutti i curricula dei candidati idonei per l'incarico di Direttore Sanitario;
- VISTA** la nota prot. n. 46571 del 7 giugno 2019, con cui l'Assessorato della Salute ha trasmesso il parere dell'Ufficio Legislativo e Legale della Presidenza della Regione Siciliana (prot. n. 11860 del 24 maggio 2019) avente ad oggetto “*Disciplina applicabile in materia di nomina dei Direttori Amministrativi e dei Direttori Sanitari delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale*”, raccomandando infine l'acquisizione delle “*...autocertificazioni dei nominati, da rendersi su medesimo modello di quelle sottoscritte...*” dai Direttori Generali delle Aziende;



## DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

- ATTESO** che, ai sensi della vigente normativa sopra richiamata – e, in particolare, dell’art. 3, comma 7, D.Lgs. n. 502/1992 – il Direttore Sanitario è un medico in possesso della idoneità nazionale di cui all’art. 17, che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di medie o grandi dimensioni;
- ATTESO** che la scelta del Direttore Sanitario ha carattere “tecnico-discrezionale” e trova fondamento nel rapporto fiduciario – per la necessaria consonanza di impostazione gestionale fra il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario delle aziende – pur nel quadro delle disposizioni portate dal D.Lgs. n. 171/2016;
- CONSIDERATO** che ad esito della sopracitata disamina comparativa di tutti i curricula – e sulla scorta di una ponderata valutazione degli stessi – il percorso di studi, le esperienze gestionali ed anche di qualificata direzione maturate dal Dr. Aroldo Gabriele Rizzo (nato a Caltanissetta il 30 marzo 1958, dipendente dell’Azienda Ospedaliera “Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello” di Palermo quale Dirigente Responsabile dell’U.O.C. Anatomia Patologica), per come illustrate nel relativo CV, ne evidenziano una qualificata professionalità, competenza ed esperienza tali da rendere il profilo ben rispondente allo skill richiesto per l’ottimale coordinamento delle funzioni sanitarie di questa Azienda Ospedaliera “*Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello*” e, dunque, per il conferimento dell’incarico di che trattasi, di cui si rimarca la connotazione fiduciaria e la scelta *intuitu personae* ai sensi della normativa vigente;
- VISTA** la nota prot. n. 07/DG-RIS del 21 giugno 2019, con la quale è stato comunicato all’interessato che, sulla scorta dell’apprezzamento del suo curriculum e dei percorsi professionali e gestionali maturati, è intendimento procedere al conferimento – ai sensi e per gli effetti dell’art. 3, comma 1-quinquies del D.Lgs. n. 502/92, degli artt. 3 e 4 del D.Lgs. n. 171/16, nonché dell’art. 3, comma 4 della L.R. n. 18/03 e ss.mm.ii. – della nomina a Direttore Sanitario dell’Azienda Ospedaliera “*Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello*” di Palermo;
- DATO ATTO** che il Dr. Aroldo Gabriele Rizzo, a riscontro della predetta comunicazione, in data 21 giugno 2019 ha consegnato – brevi manu presso la Segreteria della Direzione Generale – la documentazione, introita in pari data al prot. n. 8/DG-RIS, di seguito elencata:
- ✓ nota di accettazione dell’incarico;
  - ✓ dichiarazione relativa all’insussistenza delle cause di inconferibilità e di incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39/2013 e ss.mm.ii.;
  - ✓ dichiarazione di cui all’art. 4 della L.R. n. 19/1997 e ss.mm.ii., resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000;
  - ✓ CV reso ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000;
  - ✓ CUD 2018;
  - ✓ fotocopia documento di identità;
  - ✓ fotocopia del codice fiscale;



## DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

### TENUTO CONTO

che questa Direzione – nel rispetto di quanto sopra evidenziato – ha condotto la dovuta verifica sulla documentazione allegata dal Dr. Aroldo Gabriele Rizzo alla sua citata nota del 21 giugno 2019 e che all'esito dell'esame delle dichiarazioni sostitutive prodotte ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 15 della Legge n. 183/2011, risulta che:

- ✓ è confermato il possesso dei requisiti di legge in capo all'interessato per il conferimento della nomina di che trattasi;
- ✓ le autocertificazioni sono rispondenti al modello adottato per i Direttori Generali, giusta nota assessoriale del 7 giugno 2019 sopracitata;
- ✓ non ricorrono, altresì, le ragioni ostative legate ai limiti di età al conferimento dell'incarico di che trattasi, per come esplicitate in seno al sopracitato parere reso dall'Ufficio Legislativo e Legale della Presidenza della Regione Siciliana con nota prot. n. 11860/2019

e, pertanto, non risultano elementi ostativi di alcun genere al perfezionamento della suddetta nomina;

### DATO ATTO

che ai sensi dell'art. 2 del citato D.A. n. 2208/18, l'accertamento del possesso dei requisiti richiesti per la predetta nomina sarà effettuato tramite l'acquisizione – secondo la vigente normativa ed entro 15 giorni dalla data di accettazione dell'incarico – della certificazione comprovante, alla data del provvedimento di nomina, il possesso dei requisiti richiesti, di quanto dichiarato a titolo di dichiarazione sostitutiva, nonché di ogni altro elemento riportato nel curriculum, ivi compresa la sussistenza di eventuali cause di inconfiribilità e di incompatibilità ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013 e che, in difetto, non potrà procedersi alla stipula del relativo contratto con conseguente revoca della nomina di che trattasi;

### RITENUTO

pertanto, in questa sede, di provvedere – ai sensi dell'art. 3, comma 1-quinquies, del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni nonché dell'art. 9, comma 2, lett. a) della L.R. n. 5/2009 – alla nomina del nuovo Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera "*Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello*" di Palermo;

### ATTESO

che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo ed utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3 del D.L. 23 ottobre 1996, come modificato dalla Legge 20 dicembre 1996, n. 639 e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della Legge 6 novembre 2012, n. 190 – avente ad oggetto "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione*" – nonché nell'osservanza dei contenuti del Piano Aziendale della Prevenzione della Corruzione 2019/2021;



## DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

### DELIBERA

per i motivi esplicitati in premessa, di:

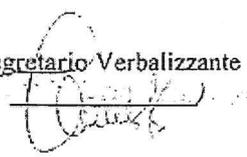
- 1) **Conferire** l'incarico di Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello" di Palermo al Dr. Aroldo Gabriele Rizzo, nato a Caltanissetta il 30 marzo 1958;
- 2) **Dare atto** che l'incarico di cui al precedente punto 1):
  - ✓ avrà decorrenza dal 24 giugno 2019,
  - ✓ avrà la durata di tre anni, e comunque fino alla nomina del successivo Direttore Generale o Commissario dell'Azienda, salva – in ogni caso – l'eventuale revoca;
  - ✓ verrà svolto a tempo pieno con vincolo di esclusività;e che ogni altro elemento inerente il rapporto individuale di lavoro sarà disciplinato da apposito contratto di diritto privato da stipularsi, ai sensi dell'art. 2 del citato D.A. n. 2208/18 nonché per quanto previsto in seno alla nota prot n. 34662 del 29 aprile 2019, all'esito dell'accertamento del possesso dei requisiti richiesti per la predetta nomina;
- 3) **Dare atto** che i contenuti economici e normativi del contratto di cui sopra saranno regolamentati coerentemente con le previsioni di cui al D.P.C.M. 19 luglio 1995, n. 502, come modificato ed integrato dal D.P.C.M. 31 maggio 2001, n. 319, secondo la classificazione in fasce delle aziende del S.S.R. come da Deliberazione della Giunta Regionale;
- 4) **Imputare** gli oneri discendenti dal presente provvedimento agli specifici conti di costo del Bilancio Aziendale, in ossequio al principio della competenza economica;
- 5) **Tenere conto** che nell'espletamento dell'incarico il Dr. Aroldo Gabriele Rizzo eserciterà le funzioni attribuite al Direttore Sanitario aziendale dalla normativa vigente ed in particolare dal D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii., dalla L.R. n. 30/1993, dalla L.R. n. 5/2009, nonché da ogni altra norma, regolamento, legge e atto della programmazione nazionale, regionale e locale;
- 6) **Notificare** il presente provvedimento all'interessato;
- 7) **Dare mandato** alla U.O.C. Affari Generali di trasmettere una copia della presente deliberazione a:
  - ✓ Assessorato Regionale della Salute,
  - ✓ Collegio Sindacale,
  - ✓ tutte le strutture aziendali interessate per gli eventuali adempimenti di competenza;



Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata  
Via Sommarive 119, 38100 Trento, Italia

### DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

- 8) **Incaricare** le strutture competenti dell'esecuzione del presente provvedimento;
- 9) **Provvedere** alla pubblicazione del presente atto, oltre che all'Albo Pretorio on-line dell'Azienda, sul sito web aziendale nell'apposita sezione dedicata alla "Amministrazione Trasparente";
- 10) **Dichiarare** il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 53, comma 7, della Legge Regionale n. 30/93, al fine di consentire a questa Azienda di porre in essere tutte le azioni necessarie per assicurare adeguata assistenza sanitaria, in ottemperanza alle direttive emanate dall'Assessorato Regionale della Salute.

Il Segretario Verbalizzante  
(Sig. )

IL DIRETTORE GENERALE  
*Dr. Walter Messina*





Azienda Ospedaliera  
"Villa Sofia - Cervello"

### DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

#### PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto dichiara che la presente deliberazione - ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n. 30/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69/09 e s.m.i. - in copia conforme all'originale è stata pubblicata in formato digitale all'Albo on-line dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello", istituito sul sit, a decorrere dal giorno 23 GIU 2010 e che nei 15 giorni successivi:

- non sono pervenute opposizioni
- sono pervenute opposizioni da \_\_\_\_\_

L'ADDETTO  
ALLA PUBBLICAZIONE

IL FUNZIONARIO  
DELEGATO

Notificata al Collegio Sindacale il \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

#### DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Delibera non soggetta al controllo, ai sensi dell'art. 4, comma 8, della L. n. 412/1991 e divenuta:

##### ESECUTIVA

decorso il termine (10 giorni  
dalla data di pubblicazione)  
ai sensi dell'art. 53, comma 6,  
L.R. n. 30/93

- Delibera non soggetta al controllo, ai sensi dell'art. 4, comma 8, della L. n. 412/1991 e divenuta:

##### IMEDIATAMENTE ESECUTIVA

ai sensi dell'art. 53, comma 7,  
L.R. n. 30/93

IL FUNZIONARIO  
DELEGATO

#### ESTREMI RISCONTRO TUTORIO

- Delibera trasmessa, ai sensi della L.R. n. 5/09, all'Assessorato Regionale Salute in data \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

##### SI ATTESTA

che l'Assessorato Regionale Salute,  
esaminata la presente Deliberazione:

- ha pronunciato l'approvazione con atto prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ come da allegato.
- ha pronunciato l'annullamento con atto prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ come da allegato.
- Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09 dal \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO  
DELEGATO

**CURRICULUM VITAE, BREVE,****Aroldo Gabriele Rizzo**

Palermo, 04.04.2018

Date and place of birth

30.03.1958, Caltanissetta, Italy

Nationality

Italian

Home Address

Director of Pathology Unit, Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia - Vincenzo Cervello

Via Trabucco, 180 - Palermo

Tel 091-6802776; Fax 091-6882722; e-mail: a.rizzo@ospedaleirunitipalermo.it

<u>EDUCATION</u>	<u>HOSPITAL APPOINTMENTS</u>	
Maturità Scientifica	Assistente Medico dal	1989
Laurea in Medicina e Chirurgia	Dirigente di 1° livello dal	1994
Abilitazione Professionale	Direttore Struttura semplice dal	1998
Specializzazione in Anatomia Patologica	Direttore Struttura Complessa dal	2001
Abilitazione ANVUR per Professore di II° Fascia	Direttore Dipartimento di Biotecnologia dal	2002-2008
	Direttore Dipartimento di Oncologia dal	2016-2017

**ACADEMIC APPOINTMENTS**

Professore a Contratto in Informatica Medica:	1996-1999
Professore a Contratto in Anatomia Patologica II:	1996-2005
Professore a Contratto in Anatomia Patologica I ed Informatica Medica negli anni Accademici:	1999-2005
Scuola di Specializzazione in Gastroenterologia, Università di Palermo. Direttore: Prof. L. Pagliaro.	
Docente di Anatomia Patologica, Master di II livello Malattie Infiammatorie Intestinali. Direttore: Prof. M. Cottone	dal 2015-16

**STAGE DI TRAINING E RICERCA**

Istochimica ed Immunostochimica: Istituto di Anatomia Patologica Università di Messina.	1987-1989
Autopsie: Istituto di Anatomia Patologica Università di Trieste,	1988
Ematopatologia: Istituto di Ematologia, Università di Roma,	1989
Gastroenterologia ed Ematopatologia: Istituto di Anatomia Patologica, Università di Pavia,	1989
Surgical Pathology: Centro di Riferimento Oncologico di Aviano,	1990
Gastroenterologia ed Ematopatologia: Istituto di Anatomia Patologica, Università di Verona,	1991

**FELLOWSHIP**

Research Fellow, Transplant Pathology della Pittsburgh University, U.S.A.,	Aprile-Ott 1998
Trapianti di organo: fegato, intestino, rene, cuore	

**INVITED LECTURES**

Boston	Workshop on Leucocyte Typing V	1993
Osaka	Workshop on Leucocyte Typing VI	1997
London	Workshop on Leucocyte Typing VII	2000
Firenze	SIAPEC, Chairman designato di "Patologia Infettiva"	2004
Milano	SIAPEC, Relatore su invito "Human error"	2007
Palermo	SIAPEC, Chairman designato di "Patologia Infettiva"	2011

**PARTECIPAZIONE A GRANT**

Istituto Superiore di Sanità (ISS), with Postgraduate School of Gastroenterology University of Medicine,	1995-1998
Centro Nazionale delle Ricerche (CNR) with Postgraduate School of Gastroenterology University of Medicine.	1995-1998
Assessorato alla Sanità, Regione Sicilia, with Postgraduate School of Gastroenterology University of Medicine.	1997
Fondi Europei, ADAPT, un progetto europeo di Telemedicina e Telepatologia	1998
Ministero della Salute, Biobanche, Integrazione e sviluppo della banca di tessuti onco-ematologici,	2009
Ministero della Salute, Phase IV clinical trial of anti-viral treatment for Hepatitis C infection in compensated cirrhosis,	2014

**FIELDS OF RESEARCH**

Patologia: epatica, gastrointestinale, malattie reumatiche, malattie infettive.  
 Informatica: Metodologia dei "Sistemi esperti" nei Laboratori di AP, Human Error.

**PRINCIPALI GOAL ORGANIZZATIVI**

Dipartimento di Ricerca Clinica e Biotecnologia,	Capo Dipartimento	2002
Fondazione Emergenza Sanitaria Sud Mondo, Vincenzo Cervello (FESSM),	Fondatore, membro del c.d.a.	2005
My Key, Software di Sistema Esperto e Gestionale in Anatomia Patologica	Proprietà Intellettuale	dal 2009

**MEMBERSHIPS**

Members of the Binford-Dammin Society of Infectious Disease Pathologists

**EDITORIAL & REFEREE ACTIVITIES**

Membro dell'Editorial Bord di Pathologica

**CONTINUOUS EDUCATION (Meetings and Conferences)**

Baltimore	USCAP Annual Meetings	2013
San Diego	USCAP Annual Meetings	2014
Boston	USCAP Annual Meetings	2015
Seattle	USCAP Annual Meetings	2016
Vancouver	USCAP Annual Meetings	2018

**SCIENTIFIC PUBLICATIONS (Google Scholar): 154**

<u>Indici citazioni</u>	Tutte	Dal 2013
Citazioni	3626	1838
Index H	30	24
i10-index	46	41

Il sottoscritto informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, autorizzo il trattamento dei miei dati personali

*Aroldo Rizzo*



# MODELLO 730-3 redditi 2017

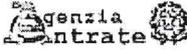
Ver. 1.6

Modello N. 1

prospetto di liquidazione relativo all'assistenza fiscale prestata

730 rettificativo

730 integrativo



Impegno ad informare il contribuente di eventuali comunicazioni dell'Agenzia delle Entrate relative alla presente dichiarazione

Comunicazione dati rettificativi CAF o professionista

Sostituto, CAF o professionista non delegato

CODICE FISCALE

COGNOME E NOME O DENOMINAZIONE

N. ISCRIZIONE AIBO CAF

SOSTITUTO D'IMPOSTA O C.A.F. O PROFESSIONISTA ABILITATO 05863421003

CAF TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE S.

43

RESPONSABILE ASSISTENZA FISCALE QRCNPT60A28E812S

QUERCIOLO PAOLO ANTONIO

DICHIARANTE RZZRDG58C30B429T

RIZZO AROLD GABRIELE

### CONIUGE DICHIARANTE

DESCRIZIONE	IMPORTO	CONTRIBUTO
<b>REDDITI</b>		
1 REDDITI DOMINICALI	00	00
2 REDDITI AGRARI	214,00	00
3 REDDITI DEI FABBRICATI	00	00
4 REDDITI DI LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI	175.393,00	00
5 ALTRI REDDITI	00	00
6 IMPONIBILE CEDOLARE SECCA	00	00
7 Reddito abitazione principale e pertinenze (non soggetta a IMU)	691,00	00
<b>VALORE DEL REDDITO IMPOSTABILE (LEDELL'IMPOSTA LORDA)</b>	<b>176.298,00</b>	<b>00</b>
12 Deduzione abitazione principale e pertinenze (non soggetta a IMU)	691,00	00
13 ONERI DEDUCIBILI	2.436,00	00
14 REDDITO IMPONIBILE	173.171,00	00
15 Compensi per attività sportiva dilettantistica con ritenuta a titolo d'imposta	00	00
16 IMPOSTA LORDA	67.634,00	00
<b>CALCOLO DETRAZIONI E CREDITI D'IMPOSTA</b>		
21 Detrazione per coniuge a carico	00	00
22 Detrazione per figli a carico	00	00
23 Ulteriore detrazione per figli a carico	00	00
24 Detrazione per altri familiari a carico	00	00
25 Detrazione per redditi di lavoro dipendente	00	00
26 Detrazione per redditi di pensione	00	00
27 Detrazione per redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente e altri redditi	00	00
28 Detrazione oneri ed erogazioni liberali	938,00	00
29 Detrazione spese per interventi di recupero del patrimonio edilizio e per misure antisismiche	00	00
30 Detrazione spese arredo immobili ristrutturati	00	00
31 Detrazione spese per interventi di risparmio energetico	00	00
32 Detrazione spese arredo immobili giovani coppie	00	00
33 Detrazione IVA per acquisto abitazione classe energetica A o B	00	00
37 Detrazioni inquilini con contratto di locazione o affitto terreni agricoli ai giovani	00	00
38 Altre detrazioni d'imposta	00	00
41 Credito d'imposta per il riacquisto della prima casa	00	00
42 Credito d'imposta per l'incremento dell'occupazione	00	00
43 Credito d'imposta reintegro anticipazioni fondi pensione	00	00
44 Credito d'imposta per mediazioni	00	00
45 Credito d'imposta per negoziazione e arbitrato	00	00
48 TOTALE DETRAZIONI E CREDITI D'IMPOSTA	938,00	00
<b>CALCOLO DELL'IMPOSTA NETTA E DEL RICO DIFFERENZA</b>		
50 IMPOSTA NETTA	66.696,00	00
51 Credito d'imposta per altri immobili - Sicilia, Calabria, Basilicata, Campania, Puglia, Marche, Umbria, Lazio, Abruzzo	00	00
52 Credito d'imposta per l'abitazione principale - Sicilia, Calabria, Basilicata, Campania, Puglia, Marche, Umbria, Lazio, Abruzzo	00	00
53 Credito d'imposta per imposte pagate all'estero	00	00
54 Credito d'imposta per erogazioni cultura	00	00
55 Credito d'imposta per erogazioni scuola	00	00
56 Credito d'imposta per videovigilanza	00	00
57 Credito d'imposta per canoni non percepiti	00	00
58 Crediti residui per detrazioni incapienti	00	00
59 RITENUTE	68.589,00	00
60 DIFFERENZA	-1.893,00	00

Modello Grafico realizzato da Namrial S.p.a. - Via Caduti nel lavoro, 4 Sanigallia (RM)

Conforme al provvedimento Agenzia Entrate del 15/01/2018 e successive modificazioni

COPIA CONTRIBUENTE

CENTRO: 0152

COD. PROT. ASSEGNATO DAL CAF: 00076B-20180704161530



Ver. 1.6

Modello N. 1

Modello Grafico realizzato da Namtrial S.p.A. Via Caduti sul lavoro, 4 Benigalla (AN)

Conforme al provvedimento Agenzia Entrate del 16/01/2018 e successive modificazioni

ECCEDENZA, ACCONTI, ALTRI RENDIMENTI		Deduzione		Credito			
61	ECCEDENZA DELL'IRPEF RISULTANTE DALLE PRECEDENTI DICHIARAZIONI		.00		.00		
62	ACCONTI VERSATI		.00		.00		
63	Restituzione bonus fiscale e straordinario		.00		.00		
64	Detrazioni e crediti già rimborsati dal sostituto		.00		.00		
66	Bonus IRPEF spettante		.00		.00		
67	Bonus IRPEF riconosciuto in dichiarazione		.00		.00		
68	Restituzione Bonus IRPEF non spettante		.00		.00		
CREDITI E DEBITI ADDIZIONALE REGIONALE E COMUNALE ALL'IRPEF		Deduzione		Credito			
71	REDDITO IMPONIBILE	173.171,00			.00		
72	ADDIZIONALE REGIONALE ALL'IRPEF DOVUTA	2.996,00			.00		
73	ADDIZIONALE REGIONALE ALL'IRPEF RISULTANTE DALLA CERTIFICAZIONE	3.034,00			.00		
74	ECCEDENZA ADDIZIONALE REGIONALE ALL'IRPEF PRECEDENTE DICHIARAZIONE		.00		.00		
75	ADDIZIONALE COMUNALE ALL'IRPEF DOVUTA	1.039,00			.00		
76	ADDIZIONALE COMUNALE ALL'IRPEF RISULTANTE DALLA CERTIFICAZIONE E/O VERSATA	1.053,00			.00		
77	ECCEDENZA ADDIZIONALE COMUNALE ALL'IRPEF PRECEDENTE DICHIARAZIONE		.00		.00		
78	ACCONTO ADDIZIONALE COMUNALE ALL'IRPEF 2018	312,00			.00		
79	ACCONTO ADDIZIONALE COMUNALE ALL'IRPEF 2018 RISULTANTE DALLA CERTIFICAZIONE	316,00			.00		
IRPEF CEDOLARE SECCA		Deduzione		Credito			
80	CEDOLARE SECCA DOVUTA		.00		.00		
81	DIFFERENZA		.00		.00		
82	ECCEDENZA CEDOLARE SECCA RISULTANTE DALLA PRECEDENTE DICHIARAZIONE		.00		.00		
83	ACCONTI CEDOLARE SECCA VERSATI PER IL 2017		.00		.00		
CREDITI E DEBITI IRPEF		CREDITI		DEBITI			
		Importi non rimborsabili	Credito	di cui da utilizzare in compensazione con F24	di cui da rimborsare	Importi da non versare	Importi da trattare/versare
91	IRPEF	.00	1.893,00	.00	1.893,00	.00	.00
92	ADDIZIONALE REGIONALE IRPEF	.00	38,00	.00	38,00	.00	.00
93	ADDIZIONALE COMUNALE IRPEF	.00	14,00	.00	14,00	.00	.00
94	PRIMA RATA ACCONTO IRPEF 2018						.00
95	SECONDA O UNICA RATA ACCONTO IRPEF 2018						.00
96	ACCONTO 20% REDDITI TASSAZIONE SEPARATA					.00	.00
97	ACCONTO ADDIZIONALE COMUNALE 2018						.00
98	IMPOSTA SOSTITUTIVA PREMI DI RISULTATO E WELFARE AZIENDALE					.00	.00
99	CEDOLARE SECCA LOCAZIONI	.00	.00	.00	.00	.00	.00
100	PRIMA RATA ACCONTO CEDOLARE SECCA 2018						.00
101	SECONDA O UNICA RATA ACCONTO CEDOLARE SECCA 2018						.00
CREDITI E DEBITI IRPEF		CREDITI		DEBITI			
		Importi non rimborsabili	Credito	di cui da utilizzare in compensazione con F24	di cui da rimborsare	Importi da non versare	Importi da trattare/versare
111	IRPEF	.00	.00	.00	.00	.00	.00
112	ADDIZIONALE REGIONALE IRPEF	.00	.00	.00	.00	.00	.00
113	ADDIZIONALE COMUNALE IRPEF	.00	.00	.00	.00	.00	.00
114	PRIMA RATA ACCONTO IRPEF 2018						.00
115	SECONDA O UNICA RATA ACCONTO IRPEF 2018						.00
116	ACCONTO 20% REDDITI TASSAZIONE SEPARATA					.00	.00
117	ACCONTO ADDIZIONALE COMUNALE 2018						.00
118	IMPOSTA SOSTITUTIVA PREMI DI RISULTATO E WELFARE AZIENDALE					.00	.00
119	CEDOLARE SECCA LOCAZIONI	.00	.00	.00	.00	.00	.00
120	PRIMA RATA ACCONTO CEDOLARE SECCA 2018						.00
121	SECONDA O UNICA RATA ACCONTO CEDOLARE SECCA 2018						.00

COPIA CONTRIBUENTE



AGGRADANTI		DICHIARANTE	CONIUGE						
130	Residuo credito d'imposta per erogazione cultura	,00	,00						
131	Residuo credito d'imposta per il riacquisto della prima casa da utilizzare in compensazione	,00	,00						
132	Residuo credito d'imposta per l'incremento dell'occupazione da utilizzare in compensazione	,00	,00						
133	Residuo credito d'imposta per l'abitazione principale - Sisma Abruzzo	,00	,00						
134	Residuo credito d'imposta reintegro anticipazioni fondi pensione	,00	,00						
135	Residuo credito d'imposta per mediazioni	,00	,00						
136	Totale spese sanitarie rateizzate nella presente dichiarazione (righe E1, E2 e E3)	,00	,00						
137	Reddito di riferimento per agevolazioni fiscali (con imponibile cedolare secca locazioni)	176.298,00	,00						
138	ACCONTO IRPEF 2018	Reddito complessivo	,00						
139	CASI PARTICOLARI	Imposta su cui calcolare l'acconto	,00						
141	ACCONTI 2018 COMPENSATI	Prima rata acconto IRPEF	,00						
142	INTERAMENTE NEL MOD. 730/2018	Acconto addizionale comunale	,00						
143		Prima rata acconto cedolare secca	,00						
		1	2	3	4	5	6	7	8
145	Crediti per imposte pagate all'estero	DICHIARANTE	,00			,00			,00
146		CONIUGE DICHIARANTE	,00			,00			,00
147	Redditi fondiari non imponibili		579,00						,00
148	Reddito abitazione principale e pertinenze (soggetta a IMU)		,00						,00
149	Residuo deduzione somma restituite		,00						,00
150	Residuo erogazioni scuola		,00						,00
151	Residuo credito d'imposta per negoziazione e arbitrato		,00						,00
152	Residuo credito d'imposta per videovigilanza		,00						,00
160	Credito d'imposta per erogazione cultura	DICHIARANTE	Rata 2016	,00	Rata 2017	,00			
		CONIUGE DICHIARANTE	Rata 2016	,00	Rata 2017	,00			

**RISULTATO DELLA LIQUIDAZIONE**

RICHIEDENTE				RICHIEDENTE		RICHIEDENTE	
RICHIEDENTE		RICHIEDENTE		RICHIEDENTE		RICHIEDENTE	
RICHIEDENTE		RICHIEDENTE		RICHIEDENTE		RICHIEDENTE	
RICHIEDENTE		RICHIEDENTE		RICHIEDENTE		RICHIEDENTE	
161	IMPORTO CHE SARA' TRATTENUTO DAL DATORE DI LAVORO O DALL'ENTE PENSIONISTICO IN BUSTA PAGA. Saldo e primo acconto nel mese di luglio (agosto/settembre per i pensionati). Secondo o unico acconto nel mese di novembre. Nel caso di richiesta di rateizzazione il saldo ed il primo acconto saranno ripartiti in base al numero di rate richiesto	RATE		SALDO E PRIMO ACCONTO		SECONDO O UNICO ACCONTO	
162	IMPORTO DA VERSARE CON IL MOD. F24 (dipendenti senza sostituto). Saldo e primo acconto nel mese di giugno. Secondo o unico acconto nel mese di novembre. Per il dettaglio delle imposte da versare vedere i righe da 231 a 245						
							CREDITO
163	IMPORTO CHE SARA' RIMBORSATO DAL DATORE DI LAVORO O DALL'ENTE PENSIONISTICO IN BUSTA PAGA. Nel mese di luglio (agosto/settembre per i pensionati)					1.945,00	
164	IMPORTO CHE SARA' RIMBORSATO DALL'AGENZIA DELLE ENTRATE (dipendenti senza sostituto)					,00	
RISULTATO							
171	IRPEF		,00		,00		,00
172	ADDITIONALE REGIONALE IRPEF		,00		,00		,00
173	ADDITIONALE COMUNALE IRPEF		,00		,00		,00
174	ACCONTO 20% REDDITI TASSAZIONE SEPARATA		,00		,00		,00
175	IMPOSTA SOSTITUTIVA PREMI DI RISULTATO		,00		,00		,00
176	CECOLARE SECCA LOCAZIONI		,00		,00		,00
178	IMPORTO CHE SARA' RIMBORSATO DAL DATORE DI LAVORO O DALL'ENTE PENSIONISTICO IN BUSTA PAGA						,00
179	IMPORTO CHE SARA' RIMBORSATO DALL'AGENZIA DELLE ENTRATE (dipendenti senza sostituto)						,00



**DATI PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO F24**

CREDITI DA UTILIZZARE IN COMPENSAZIONE IRPEF 2017		1	2	3	4	5
		CODICE TRIBUTO	ANNO DI RIFERIMENTO	CODICE REGIONE/COMUNE	CREDITO (DA QUADRO I)	DEBITI SENZA SOSTITUTO (credito non superiore a 12 euro)
191	IRPEF	4001	2017		.00	.00
192	ADDITIONALE REGIONALE IRPEF	3801	2017		.00	.00
193	ADDITIONALE COMUNALE IRPEF	3844	2017		.00	.00
194	CEDOLARE SECCA LOCAZIONI	1842	2017		.00	.00
195	SOLOMO.700 ACCONTO 20% TASSAZIONE SEPARATA	4200	2017			.00
196	INTEGRATIVO IMPOSTA SOSTITUTIVA PREMI DI RISULTATO	1816	2017			.00
198	TOTALE				.00	.00

CREDITI DA UTILIZZARE IN COMPENSAZIONE IRPEF 2018		1	2	3	4	5
		CODICE TRIBUTO	ANNO DI RIFERIMENTO	CODICE REGIONE/COMUNE	CREDITO (DA QUADRO I)	DEBITI SENZA SOSTITUTO (credito non superiore a 12 euro)
211	IRPEF	4001	2017		.00	.00
212	ADDITIONALE REGIONALE IRPEF	3801	2017		.00	.00
213	ADDITIONALE COMUNALE IRPEF	3844	2017		.00	.00
214	CEDOLARE SECCA LOCAZIONI	1842	2017		.00	.00
215	SOLOMO.700 ACCONTO 20% TASSAZIONE SEPARATA	4200	2017			.00
216	INTEGRATIVO IMPOSTA SOSTITUTIVA PREMI DI RISULTATO	1816	2017			.00
218	TOTALE				.00	.00

IMPORTI DA VERSARE (MOD. F24 - FASCE RENDIMENTARIE SOSTITUITO)					
IMPORTI DA VERSARE - GIUGNO		1	2	3	4
		CODICE TRIBUTO	ANNO DI RIFERIMENTO	CODICE REGIONE/COMUNE	IMPORTO DA VERSARE
231	IRPEF	4001	2017		.00
232	ADDITIONALE REGIONALE IRPEF	3801	2017		.00
233	ADDITIONALE COMUNALE IRPEF	3844	2017		.00
234	PRIMA RATA ACCONTO IRPEF 2018	4033	2018		.00
235	ACCONTO 20% TASSAZIONE SEPARATA	4200	2017		.00
236	ACCONTO ADDIZIONALE COMUNALE 2018	3843	2018		.00
237	IMPOSTA SOSTITUTIVA PREMI DI RISULTATO	1816	2017		.00
238	CEDOLARE SECCA LOCAZIONI	1842	2017		.00
239	PRIMA RATA ACCONTO CEDOLARE SECCA 2018	1840	2018		.00
241	Imposti relativi al coniuge con domicilio diverso dal dichiarante	ADDITIONALE REGIONALE IRPEF	3801	2017	.00
242		ADDITIONALE COMUNALE IRPEF	3844	2017	.00
243		ACCONTO ADDIZIONALE COMUNALE 2018	3843	2018	.00
IMPORTI DA VERSARE - NOVEMBRE					
244	SECONDA O UNICA RATA ACCONTO IRPEF 2018	4034	2018		.00
245	SECONDA O UNICA RATA ACCONTO CEDOLARE SECCA 2018	1841	2018		.00

**MESSAGGI**  
Messaggi ministeriali in allegato...

FIRMA DEL DATORE DI LAVORO O DEL RAPPRESENTANTE DELL'ENTE EROGANTE O DEL RESPONSABILE DELL'ASSISTENZA FISCALE DEL C.A.F. O DEL PROFESSIONISTA ABILITATO

PAOLO ANTONIO QUERCIOLE



Modello Grafico realizzato da Namixis S.p.a. Via Caduti sul lavoro, 4 Sanpallina (AN)

Conforme al provvedimento Agenzia Entrate del 16/01/2013 e successive modificazioni

**MESSAGGI**

- Dichiarante - Scelta per la destinazione dell'otto per mille dell'IRPEF effettuata
- Dichiarante - Scelta per la destinazione del cinque per mille dall'IRPEF effettuata
- Dichiarante - Scelta per la destinazione del due per mille dell'IRPEF ai partiti politici non effettuata

COPIA CONTRIBUENTE

FIRMA DEL DATORE DI LAVORO O DEL RAPPRESENTANTE DELL'ENTE EROGANTE O  
DEL RESPONSABILE DELL'ASSISTENZA FISCALE DEL C.A.F. O DEL PROFESSIONISTA ABILITATO

PAOLO ANTONIO QUERCIOLE

CENTRO: 0152

COD. PROT. ASSEGNATO DAL CAF: 00076B-20180704161530

**DATI IDENTIFICATIVI**

Sono riportati il codice fiscale, il cognome e il nome o la denominazione del sostituto d'imposta o del CAF o del professionista abilitato che ha prestato l'assistenza fiscale.

Per il CAF viene anche riportato il numero di iscrizione al relativo Albo.

Sono, inoltre, riportati il codice fiscale, il cognome e il nome del contribuente e, in caso di dichiarazione congiunta, del coniuge dichiarante, ai quali è stata prestata l'assistenza fiscale.

L'impegno da parte del soggetto che ha prestato l'assistenza fiscale (CAF o professionista abilitato) ad informare il contribuente di eventuali comunicazioni dall'Agenzia delle entrate relative alla presente dichiarazione è attestato dalla barratura della relativa casella. Infine viene indicato se si tratta di un modello 730 integrativo o rettificativo.

Nel caso di 730 non precompilato, viene indicato se il sostituto, il CAF o il professionista abilitato non è stato delegato ad accedere alla dichiarazione precompilata.

**RIEPILOGO DEI REDDITI**

Sono riportati per ciascun tipo di reddito gli importi determinati sulla base di quanto indicato nei corrispondenti quadri dal contribuente, che concorrono alla determinazione del reddito complessivo ai fini IRPEF. Inoltre viene riportato l'ammontare del reddito dei fabbricati locali con applicazione della cedolare secca, che quindi non concorre alla formazione del reddito complessivo.

In caso di dichiarazione congiunta sono riportati anche gli importi dei redditi del coniuge dichiarante.

**CALCOLO DEL REDDITO IMPONIBILE E DELL'IMPOSTA LORDA**

Sono riportati i dati per la determinazione del reddito imponibile e della relativa imposta dovuta.

L'importo del reddito imponibile è ottenuto sottraendo dal reddito: la deduzione per l'abitazione principale che il soggetto che presta l'assistenza fiscale calcola sulla base dei dati indicati nel quadro B; gli oneri deducibili sulla base di quanto indicato nella SEZ. II del quadro E del Mod. 730.

L'imposta lorda è calcolata sulla base delle aliquote corrispondenti agli scaglioni di reddito.

**CALCOLO DETRAZIONI E CREDITI D'IMPOSTA**

L'imposta netta è ottenuta sottraendo dall'imposta lorda:

- le detrazioni per carichi di famiglia (art. 12 del TUIR);
- le detrazioni per redditi di lavoro dipendente e assimilati, di pensione e altri redditi (art. 13 del TUIR);
- la detrazione per oneri determinata sulla base di quanto indicato nella SEZ. I, nella SEZ. III e nelle SEZ. IV, V e VI del quadro E del Mod. 730;
- i crediti d'imposta: per il riacquisto della prima casa (rigo G1); per reintegro anticipazioni sui fondi pensione (rigo G3); per l'incremento dell'occupazione (rigo G7); per le mediazioni (rigo G8); per negoziazioni e arbitrato (rigo G11).

**CALCOLO DELL'IMPOSTA NETTA E DEL RIGO DIFFERENZA**

Dall'importo dell'imposta netta vengono sottratti:

- i crediti d'imposta per gli immobili colpiti dal sisma verificatosi in Abruzzo (righi G5 e G6);
- i crediti d'imposta per i redditi prodotti all'estero determinato sulla base di quanto indicato nel quadro G, sezione III;
- il credito d'imposta per canoni non percepiti (rigo G2), per Art-bonus (rigo G9), per erogazioni scuola (rigo G10) e per videosorveglianza (rigo G12);
- le ritenute già effettuate dal sostituto d'imposta all'atto della corrispondenza della retribuzione o della pensione e degli altri emolumenti;
- le ritenute relative ai redditi diversi da quelli di lavoro dipendente o di pensione, dichiarate nei quadri D e F del Mod. 730;
- l'eccedenza risultante dalla precedente dichiarazione;
- gli acconti versati tramite il sostituto d'imposta ovvero direttamente dal contribuente;
- restituzione "bonus fiscale e straordinario" e "detrazioni e crediti già rimborsati dal sostituto";
- il bonus Irpef riconosciuto in dichiarazione.

**CALCOLO DELL'ADDITIONALE REGIONALE ALL'IRPEF E DELL'ADDITIONALE COMUNALE ALL'IRPEF**

È riportato:

- l'importo del reddito su cui sono dovute l'addizionale regionale e l'addizionale comunale all'IRPEF;
- l'importo dovuto dell'addizionale regionale all'IRPEF;
- l'addizionale regionale all'IRPEF risultante dalla certificazione;
- l'eccedenza di addizionale regionale all'IRPEF risultante dalla precedente dichiarazione;
- l'importo dovuto dell'addizionale comunale all'IRPEF;
- l'addizionale comunale all'IRPEF risultante dalla certificazione;
- l'eccedenza di addizionale comunale all'IRPEF risultante dalla precedente dichiarazione;
- l'acconto dell'addizionale comunale all'IRPEF;
- l'acconto per l'addizionale comunale all'IRPEF risultante dalla certificazione.

**CEDOLARE SECCA LOCAZIONI**

Sono riportati l'ammontare della cedolare secca dovuta, la differenza positiva tra cedolare secca dovuta e ritenute effettuate dal sostituto, l'eccedenza risultante dalla precedente dichiarazione e l'importo degli acconti della cedolare secca versati.

**LIQUIDAZIONE DELLE IMPOSTE DEL DICHIARANTE E DEL CONIUGE**

È riportato il risultato contabile del calcolo dell'IRPEF e delle addizionali all'IRPEF che saranno trattenute ovvero rimborsate dal sostituto d'imposta. Nel caso di compilazione del quadro I, l'eventuale credito relativo a ciascuna imposta è ripartito tra l'ammontare che può essere utilizzato in compensazione con il mod. F24 per il versamento di altre imposte e l'ammontare che sarà rimborsato dal sostituto d'imposta.

Sono indicati gli importi della prima e della seconda o unica rata di acconto IRPEF che saranno trattenuti, alle scadenze dovute, dal sostituto d'imposta.

È indicato l'eventuale acconto del 20 per cento sui redditi soggetti a tassazione separata della SEZ. II del quadro D.

È indicato l'acconto dell'addizionale comunale IRPEF che sarà trattenuto, alla scadenza dovuta, dal sostituto d'imposta.

È indicato l'ammontare dell'imposta sostitutiva relativa ai compensi percepiti per premi di risultato e welfare aziendale.

È riportato l'ammontare della cedolare secca sulle locazioni che sarà trattenuto o rimborsato dal sostituto d'imposta. Sono indicati gli importi della prima e della seconda o unica rata di acconto della cedolare secca che saranno trattenuti, alle scadenze dovute, dal sostituto d'imposta.

**ALTRI DATI**

Sono riportati i dati relativi all'ammontare residuo dei crediti d'imposta per le erogazioni cultura, per il riacquisto della prima casa, per l'incremento dell'occupazione, per gli immobili colpiti dal sisma in Abruzzo, per il reintegro delle anticipazioni sui fondi pensione, per le mediazioni, per le erogazioni scuola, per la negoziazione e l'arbitrato e per la videosorveglianza che il contribuente può utilizzare in compensazione ovvero riportare nella successiva dichiarazione dei redditi.

È indicato l'ammontare complessivo delle spese sanitarie per le quali si è fruito della rateizzazione nella presente dichiarazione; tale importo dovrà essere riportato nella successiva dichiarazione dei redditi mod. 730 per fruire della seconda rata della detrazione spettante.

È indicato il reddito di riferimento (somma di reddito complessivo e base imponibile della cedolare secca) per la determinazione delle detrazioni commisurate al reddito (es. detrazioni per carichi di famiglia e lavoro) e di altri benefici collegati al possesso di requisiti reddituali, quali ad esempio l'ISEE.

Sono riportati i dati per la determinazione dell'acconto Irpef in presenza di situazioni particolari (ad esempio redditi di lavoro dipendente prodotti in zone di frontiera). In caso di modello 730 senza sostituto, nei righi da 141 a 143 sono indicati gli importi della prima rata dell'acconto Irpef, dell'addizionale comunale e della prima rata dell'acconto cedolare secca compensati internamente.

Sono presenti i dati relativi al credito per imposte pagate all'estero con distinta indicazione dello Stato e dell'anno di produzione del reddito estero; tali informazioni dovranno essere utilizzate nelle successive dichiarazioni dei redditi qualora il contribuente intenda fruire del credito d'imposta per redditi prodotti all'estero.

Sono indicati i redditi fondiari relativi a terreni non affittati e fabbricati non locali, nonché il reddito dell'abitazione principale e delle relative pertinenze soggette a IMU, non imponibili in quanto l'irpef e le relative addizionali sono sostituite dall'Imu. Tali informazioni possono assumere rilievo nell'ambito di prestazioni previdenziali e assistenziali.

È indicato l'ammontare del residuo delle somme restituite al soggetto erogatore non dedotte nella presente dichiarazione che il contribuente può riportare nella successiva dichiarazione dei redditi ovvero chiedere a rimborso.

Sono infine indicati i dati relativi al credito d'imposta per erogazioni cultura da indicare nella dichiarazione dei redditi dell'anno successivo.

**RISULTATO DELLA LIQUIDAZIONE**

Nel prospetto viene indicato l'ammontare dell'importo che sarà trattenuto o rimborsato dal datore di lavoro o dall'ente pensionistico in busta paga.

Nel caso di dichiarazione presentata in forma congiunta, nel prospetto è indicato un unico importo complessivo che tiene conto della liquidazione delle imposte di entrambi i coniugi.

È inoltre indicato il numero delle rate richieste per i versamenti del saldo e degli eventuali acconti.

Nel caso di 730 presentato in assenza di un sostituto d'imposta tenuto a effettuare il conguaglio, sono indicati gli importi che andranno versati con il modello F24 o che saranno rimborsati dall'Agenzia delle entrate. Sono infine evidenziati gli importi da rimborsare a cura del datore di lavoro o dell'ente pensionistico nel caso di presentazione di un modello 730 Integrativo.

**DATI PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO F24**

Nel caso di compilazione del quadro I, sono riportati i dati relativi agli importi a credito che devono essere utilizzati per la compilazione del mod. F24 ai fini del pagamento delle imposte non comprese nel modello 730. In particolare, per ogni credito sono riportati il codice tributo, l'anno di riferimento ed il relativo importo; per i crediti relativi alle addizionali regionale e comunale è inoltre riportato il codice regione/comune. Nel caso di 730 presentato in assenza di un sostituto d'imposta tenuto a effettuare il conguaglio, sono indicati gli importi dei crediti non superiori a euro 12 che possono essere utilizzati in compensazione con il mod. F24.

Sono infine riportati i dati relativi agli importi a debito che devono essere versati con il mod. F24 nel caso di 730 presentato in assenza di un sostituto d'imposta. Per ogni imposta sono riportati il codice tributo, l'anno di riferimento ed il relativo importo; per i debiti relativi alle addizionali regionale e comunale è inoltre riportato il codice regione/comune.

Cognome RIZZO

Nome AROLDO GABRIELE

Codice fiscale RZZR0G58C30B429T

**INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI  
(AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REG. UE 679/2016 IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI)**

Il Reg UE 679/2016 in materia di Protezione dei Dati personali (di seguito denominato GDPR) prevede una serie di disposizioni per il lecito trattamento dei dati personali, che deve avvenire nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali dei soggetti interessati e comunque nel rispetto dei principi ivi disciplinati. Di seguito si illustra sinteticamente come verranno trattati i dati contenuti nelle presente dichiarazioni dei redditi e quali sono i diritti riconosciuti al cittadino quale soggetto interessato nell'ambito dell'attività di trattamento dei suoi dati.

**TITOLARI DEL TRATTAMENTO**

Titolare del trattamento dei dati è il CAF TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE S.R.L. con sede in ROMA - CAP 00179 - in VIA APPIA NUOVA, 666 nella persona del suo rappresentante legale pro tempore. Si informa che il CAF TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE S.R.L. ai sensi dell'art. 37 del GDPR ha designato LA DOTT. SSA SERENA DONEGANI quale Responsabile della protezione dei dati e che lo stesso CAF svolge le operazioni di trattamento anche attraverso centri opportunamente nominati Responsabili del trattamento mediante specifico contratto o atto giuridico di nomina che ne disciplina il relativo rapporto ai sensi dell'art. 28 del GDPR. I nominativi dei Responsabili del trattamento dei dati sono a disposizione in un elenco conservato presso il CAF TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE S.R.L.

**FINALITA' DEL TRATTAMENTO**

Il CAF TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE S.R.L. la informa che nell'esercizio delle attività di assistenza fiscale (Modello 730, Modello Redditi Persone Fisiche non titolari di Partita Iva, Modello Red, Dichiarazione di responsabilità dovuta per l'erogazione di prestazioni assistenziali INVCIV-AS-PS, Dichiarazione Sostitutiva Unica) o di sola intermediazione telematica (Modello Redditi Persone Fisiche non titolari di Partita Iva) relative al servizio richiesto, i dati personali verranno trattati per l'espletamento degli adempimenti tributari ai fini della verifica, liquidazione, accertamento e riscossione delle imposte e per il riconoscimento/mantenimento di prestazioni assistenziali. Il conferimento della delega di richiesta duplicati CU/Stringhe Inps implica la consegna della copia di un documento d'identità valido e l'acquisizione di dati personali necessari per l'evasione dell'istanza. I dati vengono comunicati a tutti gli Enti preposti così come previsto dalle norme e dai regolamenti ai fini dell'espletamento dell'incarico conferito (es. Agenzia delle Entrate, Inps). Il trattamento di tali dati è pertanto lecito e comunque necessario all'esecuzione dell'incarico da lei conferito al CAF avente rilevanza di interesse pubblico ai sensi del combinato disposto degli artt. 6 e 9 del GDPR. Il rifiuto del consenso al trattamento comporterà quindi l'impossibilità di erogare la prestazione richiesta.

Nel caso del modello 730 e del modello Redditi Persone Fisiche senza Partita Iva l'Agenzia delle Entrate informa inoltre che i dati potranno essere trattati, in qualità di titolare esclusivo, anche per l'applicazione del redditometro, comprendendo anche quelli relativi alla composizione del nucleo familiare. In relazione al redditometro la informiamo che sul sito [www.agenziaentrate.it](http://www.agenziaentrate.it) è consultabile l'informativa completa sul trattamento dei dati personali.

**DATI PERSONALI**

La maggior parte delle informazioni ovvero dei dati richiesti deve essere indicata obbligatoriamente per non incorrere in sanzioni di carattere amministrativo e, in alcuni casi, di carattere penale. Altri dati possono essere indicati facoltativamente dal contribuente qualora intenda avvalersi di specifici benefici.

**CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI**

Alcuni dati richiesti sono peraltro idonei a rivelare l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, i dati genetici, biometrici o relativi alla salute o alla vita sessuale o l'orientamento sessuale della persona. In particolare, le scelte per la destinazione dell'8 per mille dell'Irpef, del 5 per mille dell'Irpef e del 2 per mille dell'Irpef sono facoltative e richieste ai sensi della specifica normativa in materia. L'inserimento, tra gli oneri deducibili o tra quelli per i quali spetta la detrazione dell'imposta, di spese sanitarie, o altri dati appartenenti alle suddette categorie particolari, ha anch'esso carattere facoltativo. Per il trattamento di tali dati appartenenti alle categorie particolari di cui all'art. 9 del GDPR, il CAF con la sottoscrizione della presente procede ad acquisire in ogni caso anche il suo consenso esplicito.

**MODALITA' DEL TRATTAMENTO**

I dati verranno trattati principalmente con strumenti elettronici ed informatici e memorizzati sia su supporti informatici e cartacei, sia su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure idonee di sicurezza così come individuate ed implementate dal Titolare del trattamento. I dati verranno trattati solo da personale debitamente formato. I dati raccolti saranno conservati dal CAF nel rispetto dei termini specificamente previsti dalla normativa fiscale ai fini degli eventuali accertamenti da parte dei vari Enti di competenza e, comunque, nel rispetto del termine ordinario decennale di prescrizione per la tutela del diritto alla difesa costituzionalmente garantito.

**DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'interessato, ai sensi delle disposizioni di cui agli artt. 15 a 22 del GDPR, ha diritto di ottenere la conferma del trattamento dei propri dati da parte del CAF e, in tal caso, di accedere ai propri dati personali per conoscere le finalità, le categorie di dati personali oggetto del trattamento, la logica applicata al trattamento con strumenti elettronici. Può altresì richiedere la rettifica dei dati, l'aggiornamento, nei limiti previsti dalla legge. Infine, l'interessato ha il diritto di chiedere la cancellazione e la limitazione del trattamento, di opporsi al loro trattamento, di chiedere la portabilità degli stessi, nonché di revocare il proprio consenso al trattamento non pregiudicando comunque la liceità del trattamento già effettuato in forza del consenso prestato prima della revoca. I dati ed i consensi di cui sopra si considerano validi e si intendono lecitamente prestati anche nel caso in cui il soggetto sottoscrivente sia delegato, erede dell'interessato o titolare della potestà genitoriale di un minore. In qualsiasi momento l'interessato potrà esercitare i propri diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi di quanto disciplinato dagli artt. da 15 a 22 del GDPR, rivolgendosi specificamente scritta da indirizzare al Responsabile della protezione dei dati presso il CAF TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE S.R.L. oppure utilizzando il seguente indirizzo di posta elettronica: [responsabileprotezionedati@tutelafiscale.it](mailto:responsabileprotezionedati@tutelafiscale.it). L'interessato ha altresì il diritto di proporre reclamo innanzi al Garante per la protezione dei dati personali ovvero innanzi all'Autorità giudiziaria ai sensi degli artt. 77-79 del GDPR.

Luogo CARINI Data 04/07/2018 Firma sottoscritto/a RIZZO AROLD GABRIELE

acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del GDPR ed avendo ben compreso il contenuto della presente informativa:

Autorizzo al trattamento dei dati personali, per l'erogazione del servizio richiesto, da parte del CAF TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE S.R.L. Firma leggibile <u>AROLDO GABRIELE RIZZO</u>	Inoltre autorizzo al trattamento dei dati personali di natura sensibile necessari ad ottenere l'erogazione del servizio richiesto da parte del CAF TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE S.R.L. Firma leggibile <u>AROLDO GABRIELE RIZZO</u>
---	---

**RICHIESTA DUPLICATI CU/STRINGHE INPS**

Il sottoscritto RIZZO AROLD GABRIELE conferisce delega al CAF TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE S.R.L. a richiedere all'INPS, attraverso le modalità previste dall'Istituto, la copia dei duplicati del modello CU 2018 e CU 2019 e/o della matricola Red 2018 e RED sollecito 2017 e/o della matricola INVCIV-AS-PS 2018 e INVCIV-AS-PS sollecito 2017 necessarie all'erogazione delle attività di assistenza fiscale da parte del CAF.

Luogo CARINI Data 04/07/2018 Firma Leggibile AROLDO GABRIELE RIZZO

Con riferimento all'informativa di cui sopra, il sottoscritto RIZZO AROLD GABRIELE autorizza il CAF TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE S.R.L. al trattamento dei dati personali e dei dati personali di natura sensibile necessari al fine di ottenere l'erogazione del servizio richiesto.

Luogo CARINI Data 04/07/2018 Firma Leggibile AROLDO GABRIELE RIZZO

COPIA CONTRIBUENTE



**AUTOCERTIFICAZIONE**  
(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n° 445)

Il/la sottoscritto/a RIZZO AROLDI GABRIELE C.F. RZZRDG58C30B429T,  
ai fini del riconoscimento della detrazione o deduzione degli oneri o di altre agevolazioni per  
l'anno d'imposta 2017, consapevole delle sanzioni civili, penali e fiscali nel caso di dichiarazioni  
non veritiere e falsità negli atti richiamate dagli art. 75 e 76 del D.P.R. del 28/12/2000 n° 445,  
con la presente autocertificazione

**DICHIARA**

- E7 che le somme indicate sono relative ad un mutuo ipotecario stipulato o accollato a partire dal 01/07/00 per l'acquisto dell'abitazione principale, divenuta tale entro 12 mesi dall'acquisto e che per il 2017 sussistevano i requisiti richiesti per la loro detraibilità;
- E7 che il contratto di mutuo ipotecario è stato stipulato per l'acquisto dell'abitazione principale e l'immobile oggetto del mutuo ipotecario non è stato ancora adibito ad abitazione principale essendo ancora pendenti i termini di legge;
- E8..E10 cod. 13: che le somme indicate sono relative a spese per la frequenza di corsi d'istruzione universitaria, di perfezionamento e/o di specializzazione universitaria, il cui importo, per le università non statali, non è superiore a quello stabilito annualmente per ciascuna facoltà universitaria con decreto del MIUR; tali spese sono state sostenute nel proprio interesse e/o in quello di familiari fiscalmente a carico;
- E8..E10 cod. 36: che le somme indicate sono relative a premi versati per se stesso e/o per familiari fiscalmente a carico a seguito di un contratto di assicurazione sulla vita o contro gli infortuni stipulato o rinnovato prima del 01/01/2001, il quale non consente la concessione di prestiti per la durata minima di cinque anni;
- E8..E10 cod. 36: che le somme indicate sono relative a premi versati per se stesso e/o per familiari fiscalmente a carico a seguito di un contratto di assicurazione per rischio morte o invalidità permanente superiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti quotidiani, stipulato o rinnovato dal 01/01/2001;
- E21 che l'importo di € 2.436 è relativo a contributi previdenziali ed assistenziali versati all'ente pensionistico di appartenenza in ottemperanza a disposizione di legge, sostenuti per sé e/o per familiari fiscalmente a carico;
- che le spese sostenute nel 2017, di cui ai righi E8..E10 cod. 12, 13, 15, 30, 33 ed E23, non sono state rimborsate dal datore di lavoro sotto forma di benefit.

N.b. Barrare solo le voci interessate

CARINI , 04/07/2018

In fede AROLDI GABRIELE RIZZO

-----  
(luogo o data)

-----  
(firma leggibile)

Si allega fotocopia (fronte-retro) del documento di riconoscimento in corso di validità

**COPIA CONTRIBUENTE**



## AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi dell' art. 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n° 445)

Il/la sottoscritto/a RIZZO AROLDI GABRIELE C.F. RZZRDG58C30B429T,  
ai fini del riconoscimento della detrazione per carichi di famiglia per l'anno d'imposta 2017, consapevole  
delle sanzioni civili, penali e fiscali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti  
richiamate dagli art. 75 e 76 del D.P.R. del 28/12/2000 n°445, con la presente autocertificazione

### DICHIARA

di avere diritto alle seguenti detrazioni:

**Detrazioni per carichi di famiglia (art. 12 del TUIR) per i familiari indicati nel relativo quadro del mod. 730 Spettano se le persone eventualmente a carico possiedono redditi non superiori a € 2.840,51, al lordo degli oneri deducibili. Nel caso di superamento del predetto limite nel corso dell'anno, la detrazione non compete per l'intero anno.**

	Cognome e nome	Codice fiscale	Mesi a carico	%
Coniuge	_____	_____	_____	_____
F1 F D A	(Figli e altri familiari a carico)			
<input checked="" type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ]		RZZPCH94P55G273Y	12	50
[ ] <input checked="" type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ]		RZZGRL97B11G273F	12	50

#### Legenda

F1 = primo figlio a carico      F = figlio a carico successivo al primo      D = figlio con disabilità      A = altro familiare a carico

#### Cittadini extracomunitari

Ai fini del riconoscimento delle detrazioni per carichi di famiglia si è presentata la seguente documentazione attestante lo status di familiare a carico:

- documentazione originata rilasciata dall'autorità consolare del Paese d'origine, tradotta in lingua italiana e asseverata da parte del prefetto competente per territorio;
- documentazione con apposizione dell'*apostille*, per i soggetti provenienti dai Paesi che hanno sottoscritto la Convenzione dell'Aja del 5 ottobre 1961;
- documentazione validamente formata nel Paese d'origine, ai sensi della normativa ivi vigente, tradotta in italiano e asseverata come conforme all'originale dal Consolato Italiano nel Paese d'origine;
- certificazione dello stato di famiglia per i figli residenti in Italia.

CARINI, 04/07/2018  
(luogo e data)

In fede AROLDI GABRIELE RIZZO  
(firma leggibile)

Si allega fotocopia (fronte-retro) del documento di riconoscimento in corso di validità

COPIA CONTRIBUENTE



RICEVUTA DI AVVENUTA CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE

SI DICHIARA CHE

COGNOME RIZZO	NOME AROLDO GABRIELE	CODICE FISCALE RZZRDG58C30B429T
HA CONSEGNATO IN DATA 04/07/2018	LA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER LA COMPILAZIONE DEL Modello di dichiarazione 730-2018	

IL SOGGETTO INCARICATO

N° ISCRIZIONE  
ALL'ALBO DEI CAF

CAF TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE S.R.L.	43
--	----

SI IMPEGNA

AD ELABORARE E A PRESENTARE IN VIA TELEMATICA IL MODELLO SOPRACCITATO

DATA DELL'IMPEGNO  
04/07/2018

FIRMA LEGGIBILE DEL SOGGETTO INCARICATO  
CAF TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE S.R.L.

FIRMA LEGGIBILE DEL CONTRIBUENTE  
AROLDO GABRIELE RIZZO

**Informativa e consenso al trattamento e dei dati**

Titolare del trattamento dei dati è il CAF TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE S.R.L. con sede in ROMA - CAP 00179 - in VIA APPIA NUOVA, 666 nella persona del suo rappresentante legale pro tempore. Responsabile della protezione dei dati è LA DOTT.SSA SERENA DONEGANI indirizzo mail: [responsabileprotezionedati@tutelafiscale.it](mailto:responsabileprotezionedati@tutelafiscale.it). Le operazioni di trattamento vengono svolte anche attraverso Centri opportunamente nominati Responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento Ue 679/2016 (di seguito GDPR). I nominativi dei Responsabili del trattamento dei dati sono a disposizione in un elenco conservato presso il CAF TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE S.R.L.. I dati personali acquisiti sono trattati attraverso l'ausilio di strumenti elettronici e/o automatizzati. I dati forniti vengono trattati esclusivamente per le finalità di elaborazione e di trasmissione in via telematica del modello fiscale in oggetto. Sebbene il conferimento di tali dati, ivi compresi quelli appartenenti alle categorie particolari di cui all'art. 9 del GDPR, sia facoltativo, lo stesso è necessario all'esecuzione da parte del CAF della richiesta di elaborazione e trasmissione del suddetto modello fiscale quale compito di interesse pubblico ai sensi degli artt. 6 e 9 del GDPR. Pertanto, il rifiuto del consenso al trattamento comporterà l'impossibilità di erogare la prestazione fiscale richiesta. I dati verranno trattati solo da personale debitamente formato. I dati raccolti saranno conservati dal CAF nel rispetto dei termini specificatamente previsti dalla normativa fiscale ai fini degli eventuali accertamenti da parte dei vari Enti di competenza e, comunque, nel rispetto del termine ordinario decennale di prescrizione per la tutela del diritto alla difesa costituzionalmente garantito. Ai sensi delle disposizioni di cui agli artt. da 15 a 22 del GDPR all'interessato è riconosciuto il diritto di accedere ai propri dati chiedendone, se necessario, la rettifica, l'aggiornamento, la cancellazione, la limitazione del trattamento, di opporsi al loro trattamento, di chiedere la loro portabilità, nonché di revocare il proprio consenso al trattamento non pregiudicando comunque la liceità del trattamento già effettuato in forza del consenso prestato prima della revoca. L'interessato ha altresì il diritto di proporre reclamo innanzi al Garante per la protezione dei dati personali ovvero innanzi all'Autorità giudiziaria ai sensi degli artt. 77-79 del GDPR.

Luogo CARINI Data 04/07/2018.

Io/la sottoscritto/a RIZZO AROLD GABRIELE, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del GDPR rese con la presente informativa, nonché pure in maniera più estesa con l'informativa (pubblicata sul sito [www.tutelafiscale.it](http://www.tutelafiscale.it)) e/o resa contestualmente al conferimento dello specifico incarico alla elaborazione del modello fiscale in questione) ed avendone ben compreso il contenuto:

Autorizza al trattamento dei dati personali, per l'erogazione del servizio richiesto, da parte del CAF TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE S.R.L..  Firma leggibile AROLDO GABRIELE RIZZO	Inoltre autorizza al trattamento dei dati personali di natura sensibile necessari ad ottenere l'erogazione del servizio richiesto da parte del CAF TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE S.R.L..  Firma leggibile AROLDO GABRIELE RIZZO
---	---

Il contribuente è tenuto a ritirare e conservare la propria dichiarazione e copia della comunicazione di ricezione telematica rilasciata dall'Agenzia delle Entrate o dall'Ente convenzionato.

COPIA CONTRIBUENTE



### Risultato della liquidazione e prospetto di rateazione

<b>730 con sostituto</b>		<b>Saldo e primo acconto</b> Luglio (o Agosto/Settembre per i pensionati)	<b>Secondo o unico acconto</b> Novembre
	Importo che sarà trattenuto dal sostituto		
	Importo che sarà rimborsato dal sostituto	1.945,00	

Saldo e primo acconto: richiesta di rateizzazione in  rate

Mensilità	Importo	% Interessi	Importo Interessi	Importo da trattenere
Luglio				
Agosto				
Settembre				
Ottobre				
Novembre				

**Chiarimenti sulle modalità di effettuazione dei conguagli da parte del sostituto d'imposta  
(Ris. n. 57/E del 2014)**

*Diversamente dalla prassi seguita in precedenza (cioè rimborsare integralmente il credito e separatamente trattenere i debiti, anche se eventualmente rateizzati...), a seguito dell'introduzione della c.d. "compensazione interna", occorre far riferimento al "risultato contabile" costituito dalla somma algebrica di tutte le imposte a debito e a credito, relative al dichiarante e al coniuge dichiarante, scaturite dalla liquidazione della dichiarazione.*

*Di conseguenza, qualora il contribuente abbia optato per la rateizzazione dei suoi debiti, la rata è calcolata dividendo per il numero di rate prescelto l'importo da trattenere nel mese di luglio (Saldo e primo acconto) inteso come somma di tutte le imposte a debito al netto di eventuali imposte a credito risultanti in dichiarazione.*



RICEVUTA DELL'AVVENUTA CONSEGNA DELLA DICHIARAZIONE  
MOD. 730/2018 E DEL MOD. 730-3 DA PARTE DEL SOTTOINDICATO C.A.F.

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME  
RIZZO

NOME  
AROLDO GABRIELE

CODICE FISCALE  
RZZRDG58C30B429T

DICHIARA DI

AVER RICEVUTO IN DATA 04/07/2018

LA DICHIARAZIONE MOD. 730/2018 PER I REDDITI 2017 E IL

RELATIVO MOD. 730-3 DAL C.A.F.

CAF TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE S.R.L.

AROLDO GABRIELE RIZZO

FIRMA





# ALDEPI

ASSOCIAZIONE LAVORATORI DIPENDENTI  
E PENSIONATI ITALIANI

SOCIO ADERENTE

## ADESIONE A.L.D.E.P.I. – CONFEDERAZIONE U.S.P.P.I.

Con la presente il sottoscritto aderisce alla A.L.D.E.P.I. (Associazione Lavoratori Dipendenti e Pensionati Italiani) in qualità di SOCIO ADERENTE dichiarando di possedere i necessari requisiti. La presente adesione s'intende tacitamente rinnovata di anno in anno salvo esplicita richiesta di recesso. L'adesione alla A.L.D.E.P.I. comporta l'automatica iscrizione alla FEDERAZIONE U.S.P.P.I. SERVIZI, aderente alla CONFEDERAZIONE U.S.P.P.I. (Unione Sindacale Professionisti del Pubblico e Privato Impiego). Il sottoscritto dichiara di conoscere ed accettare integralmente il vigente statuto delle associazioni A.L.D.E.P.I. ed U.S.P.P.I. e di averne ricevuta copia. La suddetta adesione è completamente gratuita.

	<b>ALDEPI</b> ASSOCIAZIONE LAVORATORI DIPENDENTI E PENSIONATI ITALIANI	Aderente Federazione USPPIServizi Unione Sindacati Professionisti Pubblico e Privato Impiego
		<b>SOCIO ADERENTE</b>
Nome:	AROLDO GABRIELE	
Cognome:	RIZZO	

NATO A CALTANISSETTA (CL) DATA 30/03/1958

INDIRIZZO VIA C/DA GIRDINI, SN

CAP 90042 CITTA' BALESTRATE PROV. PA

CODICE FISCALE RZZR0G58C30B429T Firma AROLDO GABRIELE RIZZO

### INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

#### (AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REG. UE 679/2016 IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI)

Al sensi del Reg UE 679/2016 (di seguito denominato GDPR), l'Associazione Lavoratori Dipendenti e Pensionati Italiani (in sigla Aldepi) informa che i dati che la riguardano formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata per scopi statutari tra i quali le attività di tutela, assistenza ed erogazione dei servizi, per finalità amministrative, gestionali, oltre che eventualmente anche commerciali e promozionali qualora Lei abbia a tal fine rilasciato specifico consenso. Il conferimento di tali dati è obbligatorio, quale base giuridica del presente trattamento. L'eventuale rifiuto al conferimento renderà impossibile l'adesione alla Associazione. I dati saranno trattati principalmente con strumenti elettronici ed informatici e memorizzati sia su supporti informatici e cartacei che su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure minime di sicurezza adottate ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali. I dati raccolti verranno conservati presso i nostri archivi in virtù delle previsioni statutarie e comunque non oltre il periodo di durata del rapporto associativo. I dati raccolti vengono comunicati agli Enti Pubblici, alla competente Federazione U.S.P.P.I. Servizi ed alla Confederazione U.S.P.P.I. (Unione Sindacati Professionisti Pubblico Privato Impiego) nei limiti della normativa specifica di riferimento. Il Titolare del trattamento dei dati è l'Associazione Aldepi, con sede legale a Senigallia (AN), Via Caduti sul Lavoro n. 4 nella persona del suo legale rappresentante pro tempore, il quale ai sensi dell'art. 37 ha nominato il proprio Responsabile della protezione dei dati nella persona della Dott.ssa Serena Donegani e l'associazione stessa svolge le operazioni di trattamento anche attraverso soggetti opportunamente nominati Responsabili del trattamento mediante specifico contratto e atto giuridico di nomina che ne disciplina il relativo rapporto ai sensi dell'art. 28 del GDPR. L'interessato, ai sensi delle disposizioni di cui agli artt. 15 a 22 del GDPR, ha diritto di ottenere la conferma del trattamento dei propri dati da parte dell'ALDEPI e, in tal caso, di accedere ai propri dati personali per conoscere la finalità, le categorie di dati personali oggetto del trattamento, la logica applicata al trattamento con strumenti elettronici. Può altresì richiedere la rettifica dei dati, l'aggiornamento, nei limiti previsti dalla legge. Infine, l'interessato ha il diritto di chiedere la cancellazione e la limitazione del trattamento, di opporsi al loro trattamento, nonché di chiedere la portabilità degli stessi. Ha altresì il diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento consapevole del fatto che tale revoca non pregiudica la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca. In qualsiasi momento l'interessato potrà esercitare i propri diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi di quanto disciplinato dagli artt. da 15 a 22 del GDPR, rivolgendo specifica richiesta scritta da indirizzare al Responsabile della protezione dei dati presso l'ALDEPI oppure utilizzando il seguente indirizzo di posta elettronica: [responsabileprotezionedati@aldepi.it](mailto:responsabileprotezionedati@aldepi.it). L'interessato ha altresì il diritto di proporre reclamo innanzi al Garante per la protezione dei dati personali ovvero innanzi all'Autorità giudiziaria ai sensi degli artt. 77-79 del GDPR.

Luogo CARINI Data 04/07/2018 Firma sottoscritto/a RIZZO AROLD GABRIELE  
acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del GDPR ed avendo ben compreso il contenuto della presente informativa:

- Da il consenso  Nega il consenso al trattamento dei propri dati personali da parte di Aldepi per scopi commerciali e/o promozionali.
- Da il consenso  Nega il consenso al trattamento dei dati personali relativi alle categorie particolari ex art. 9 del GDPR da parte di Aldepi per scopi commerciali e promozionali.

Firma (leggibile) AROLDO GABRIELE RIZZO

Segreteria Generale A.L.D.E.P.I. Via Caduti sul Lavoro, 4 - 60019 Senigallia (AN) - Codice fiscale 92013980427 - Tel. 071 79 01 181 - Fax 071 79 01 110  
E-mail: [info@aldepi.it](mailto:info@aldepi.it) - Sito Web: [www.aldepi.it](http://www.aldepi.it) - Pec: [aldepi@sicurezzaapostale.it](mailto:aldepi@sicurezzaapostale.it)

CENTRO: 0152

Modello Grafico realizzato da Naxial s.p.a. via Caduti sul Lavoro, 4 Senigallia (AN)

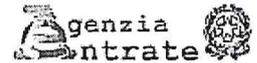
COPIA CONTRIBUENTE



3



# MODELLO 730/2018



## Redditi 2017

 Mod. N. 

### CONTRIBUENTE

 DICHIARANTE  CONIUGE DICHIARANTE  DICHIARAZIONE CONGIUNTA  RAPPRESENTANTE O TUTORE 

 CODICE FISCALE DEL CONTRIBUENTE (obbligatorio) **RZZR DG58C30B429T** Soggetto fiscalmente 730 integrativo 730 senza Situazioni Quadro K CODICE FISCALE DEL RAPPRESENTANTE O TUTORE  
 a carico di altri (vedere istruzioni) sostituito particolari

 COGNOME (per lo donna indicare il cognome da nubile) **RIZZO** NOME **AROLDO GABRIELE** SESSO (M o F) **M**  
 DATI DEL CONTRIBUENTE DATA DI NASCITA **30/03/1958** COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA **CALTANISSETTA** PROVINCIA (sigla) **CL** TUTELETTORIA MINORE 

 RESIDENZA ANAGRAFICA COMUNE **BALESTRATE (A592)** PROVINCIA (sigla) **PA** C.A.P. **90146**  
 Da compilare solo se variata dal 1/1/2017 alla data di presentazione della dichiarazione

 TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.) **VIALE STRASBURGO** INDIRIZZO **STRASBURGO** NUM. CIVICO **233**  
 FRAZIONE **VIALE** DATA DELLA VARIAZIONE ANNO **2017** Dichiarazione presentata per la prima volta 

 TELEFONO E POSTA ELETTRONICA TELEFONO FISSO **0917801111** NUMERO **0917801111** CELLULARE **0917801111** INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA **0917801111**

 DOMICILIO FISCALE COMUNE **BALESTRATE (A592)** PROVINCIA (sigla) **PA** FUSIONE COMUNI   
 AL 01/01/2017 **BALESTRATE (A592)** **PA**  **PA**   
 DOMICILIO FISCALE COMUNE **BALESTRATE (A592)** PROVINCIA (sigla) **PA** FUSIONE COMUNI   
 AL 01/01/2018 **BALESTRATE (A592)** **PA**  **PA** 

### FAMILIARI A CARICO

BARRARE LA CASELLA	CODICE FISCALE (il codice del coniuge va indicato anche se non fiscalmente a carico)	MESSI A CARICO	MINORE DI 3 ANNI	%	DETRAZIONE 100% AFFIANCO FIGLI
<input checked="" type="checkbox"/> C = Coniuge	<b>TJNLRS61T52E715Z</b>				
<input type="checkbox"/> F1 = Primo figlio	<b>RZZPCH94P55G273Y</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>50</b>
<input type="checkbox"/> F = Figlio	<b>RZZGRL97B11G273E</b>	<b>12</b>			<b>50</b>
<input type="checkbox"/> A = Altro					
<input type="checkbox"/> D = Figlio con disabilità					

 DATI DEL SOSTITUTO D'IMPOSTA CHE EFFETTUERA IL CONGUAGLIO Dichiarazione congiunta: compilare solo nel modello del dichiarante  
 COGNOME e NOME o DENOMINAZIONE **A.O. OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - C** CODICE FISCALE **05841780827** COMUNE **PALERMO (G273)**  
 PROV. **PA** TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.) **VIALE STRASBURGO** INDIRIZZO **STRASBURGO** NUM. CIVICO **233** C.A.P. **90146**  
 FRAZIONE **VIALE** NUMERO DI TELEFONO / FAX **0917801111** INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA **0917801111** CODICE SEDE **0917801111**  
 MOD. 730 DIPENDENTI SENZA SOSTITUTO 

### FIRMA DELLA DICHIARAZIONE

 N. modelli compilati  Barrare la casella per richiedere di essere informato direttamente dal soggetto che presta l'assistenza fiscale di eventuali comunicazioni dell'Agenzia delle Entrate   
 Con l'apposizione della firma si esprime anche il consenso al trattamento dei dati sensibili indicati nella dichiarazione

 FIRMA DEL CONTRIBUENTE **AROLDO GABRIELE RIZZO**

### QUADRO A - Redditi dei terreni

N. ORD.	REDDITO DOMINICALE	TIPOLO	REDDITO AGRARIO	POSSESSO		CANONE DI AFFITTO IN REGIME VINCOLISTICO	CASI PARTICOLARI	CONTINUAZIONE (piazza terreni dopo precisazioni)	R/R NON DOVUTA	COLTIVATORE DIRETTO O IAP
				GIORNI	%					
A1	11,00	1	3,00	365	50,00	,00		<input type="checkbox"/>		
A2	3,00	1	1,00	365	50,00	,00		<input type="checkbox"/>		
A3	7,00	1	2,00	365	50,00	,00		<input type="checkbox"/>		
A4	22,00	1	6,00	365	50,00	,00		<input type="checkbox"/>		
A5	2,00	1	1,00	365	50,00	,00		<input type="checkbox"/>		
A6	1,00	1	,00	365	50,00	,00		<input type="checkbox"/>		

CENTRO: 0152

COPIA CONTRIBUENTE



CODICE FISCALE RZZRDG58C30B429T

MOD. N. 1

## QUADRO B - Redditi dei fabbricati e altri dati

## SEZIONE I - REDDITI DEI FABBRICATI

1	RENDITA	2 UTILIZZO	3 POSSESSO		4 CODICE CATASTRALE	5 CATEGORIA DI LOCAZIONE	6 CASI PARTICOLARI	7 CONTINUAZIONE (stesso immobile rigo precedente)	8 CODICE COMUNE	9 CEDOLARE SECCA	10 CASI PARTICOLARI IMU	11 STATO DI EMERGENZA
			3.1 QUANTITA'	3.2 %								
B1	658,00	1	365	100,00			<input type="checkbox"/>	A592				
B2	,00						<input type="checkbox"/>					
B3	,00						<input type="checkbox"/>					
B4	,00						<input type="checkbox"/>					
B5	,00						<input type="checkbox"/>					
B6	,00						<input type="checkbox"/>					
B7	,00						<input type="checkbox"/>					

## SEZIONE II - DATI RELATIVI AI CONTRATTI DI LOCAZIONE

1	2	3	4 ESTREMI DI REGISTRAZIONE DEL CONTRATTO			5	6	7	8	9	10
1.1	1.2	1.3	4.1	4.2	4.3	5.1	6.1	7.1	8.1	9.1	10.1
B11											

## QUADRO C - Redditi di lavoro dipendente e assimilati

## SEZIONE I - REDDITI DI LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI

1		2		3		4		5		6		7	
TIPOLOGIA REDDITO	INDETERMINATO/DETERMINATO	REDDITO (punti 1, 2, 3 CU 2018)	TIPOLOGIA REDDITO	INDETERMINATO/DETERMINATO	REDDITO (punti 1, 2, 3 CU 2018)	TIPOLOGIA REDDITO	INDETERMINATO/DETERMINATO	REDDITO (punti 1, 2, 3 CU 2018)	TIPOLOGIA REDDITO	INDETERMINATO/DETERMINATO	REDDITO (punti 1, 2, 3 CU 2018)	TIPOLOGIA REDDITO	INDETERMINATO/DETERMINATO
C1	2	1	113.943,00	C2		C3		,00					
SOMME PER PREMI DI RISULTATO E WELFARE AZIENDALE													
1		2		3		4		5		6		7	
TIPOLOGIA LIMITE	SOMME A TASSAZIONE ORDINARIA	SOMME A IMPOSTA SOSTITUTIVA	RITENUTE IMPOSTA SOSTITUTIVA	BENEFIT	BENEFIT A TASSAZIONE ORDINARIA	TASSAZIONE ORDINARIA	TASSAZIONE SOSTITUTIVA	ASSENZA REQUISITI					
C4		,00	,00	,00	,00								
C5 PERIODO DI LAVORO - giorni per i quali spettano le detrazioni (punti 6 e 7 CU 2018)													
LAVORO DIPENDENTE 3 6 5 PENSIONE													

## SEZIONE II - ALTRI REDDITI ASSIMILATI A QUELLI DI LAVORO DIPENDENTE

1	2	3	4	5	6	7	
ASSEGNO DEL CONIUGE	REDDITO (punti 4 e 5 CU 2018)	ASSEGNO DEL CONIUGE	REDDITO (punti 4 e 5 CU 2018)	ASSEGNO DEL CONIUGE	REDDITO (punti 4 e 5 CU 2018)	ASSEGNO DEL CONIUGE	
C6		61.450,00	C7		,00	C8	

## SEZIONE III - RITENUTE IRPEF E ADDIZIONALE REGIONALE ALL'IRPEF

1	2	3	4
RITENUTE IRPEF (punto 21 CU 2018)	REDDITO (punto 21 CU 2018)	RITENUTE ADDIZIONALE REGIONALE (punto 22 CU 2018)	REDDITO (punto 22 CU 2018)
C9	68.589,00	C10	3.034,00

## SEZIONE IV - RITENUTE ADDIZIONALE COMUNALE ALL'IRPEF

1	2	3	4
RITENUTE ACCONTO ADDIZIONALE COMUNALE 2017 (punto 26 CU 2018)	REDDITO (punto 26 CU 2018)	RITENUTE SALDO ADDIZIONALE COMUNALE 2017 (punto 27 CU 2018)	REDDITO (punto 27 CU 2018)
C11	299,00	C12	754,00
C13		C14	316,00

## SEZIONE V - BONUS IRPEF

1	2	3	4	5
CODICE BONUS (punto 391 CU 2018)	BONUS EROGATO (punto 392 CU 2018)	TIPOLOGIA ESENZIONE	PARTE REDDITO ESSENTE	QUOTA TFR
C14	2		,00	,00

## QUADRO D - Altri redditi

## SEZIONE I - REDDITI DI CAPITALE, LAVORO AUTONOMO E REDDITI DIVERSI

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
										1.1
D1			,00		,00	D2			,00	
D3 REDDITI DERIVANTI DA ATTIVITA ASSIMILATE AL LAVORO AUTONOMO										
D4 REDDITI DIVERSI										
D5 REDDITI DERIVANTI DA ATTIVITA OCCASIONALE O DA OBBLIGHI DI FARE, NON FARE E PERMETTERE										

## SEZIONE II - REDDITI SOGGETTI A TASSAZIONE SEPARATA

1	2	3	4	5	6	7	8
REDDITI PERCEPITI DA EREDI E LEGATARI	TIPO DI REDDITO	TASSAZIONE ORDINARIA	ANNO	REDDITO	REDDITO TOTALE DECEDUTO	QUOTA ALIQUOTA SUCCESSORIA	RITENUTE
D6				,00	,00	,00	,00
D7				,00			,00

Modello Grafico realizzato da Namirial S.p.a. Via Caduti sul lavoro, 4 Sanpaulina (AN)

Conforme al provvedimento Agenzia Entrate del 16/01/2018 e successive modificazioni

COPIA CONTRIBUENTE





CODICE FISCALE RZZRDG58C30B429T

MOD. N. 1

## QUADRO F - Acconti, ritenute, eccedenze e altri dati

SEZIONE I - ACCONTI IRPEF, ADDIZIONALE COMUNALE E CEDOLARE SECCA RELATIVI AL 2017 TRATTENUTI E/O VERSATI CON F24									
F1	Acconto IRPEF 2017	Prima rata	Seconda o unica rata	Acconto Addizionale Comunale 2017	Importo	Acconto cedolare secca 2017	Prima rata	Seconda o unica rata	
		.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
SEZIONE II - ALTRE RITENUTE SUBITE DIVERSE DA QUELLE INDICATE NEI QUADRI C E D									
F2	IRPEF	Addizionale Regionale	Addizionale Comunale	Addizionale Regionale IRPEF attività sportive dilettantistiche	Addizionale Comunale IRPEF attività sportive dilettantistiche	IRPEF per lavori socialmente utili	Addizionale Regionale IRPEF per lavori socialmente utili		
	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00		
SEZIONE III-A - ECCEDENZE RISULTANTI DALLA PRECEDENTE DICHIARAZIONE									
F3	IRPEF	di cui compensata in F24	Imposta sostitutiva quadro RT	di cui compensata in F24	Cedolare secca	di cui compensata in F24			
	.00	.00	.00	.00	.00	.00			
SEZIONE III-B - ECCEDENZE RISULTANTI DA DICHIARAZIONI INTEGRATIVE A FAVORE PRESENTATE OLTRE L'ANNO SUCCESSIVO									
F4	Anno	IRPEF	Imposta sostitutiva quadro RT	Cedolare secca	Codice Regionale	Addizionale Regionale all'IRPEF	Codice Comune	Addizionale Comunale all'IRPEF	Imposta sostitutiva sulla produttività
		.00	.00	.00		.00		.00	.00
SEZIONE IV - RITENUTE E ACCONTI SOSPESI PER EVENTI ECCEZIONALI									
F5	Eventi eccez.	IRPEF	Addiz. Regionale	Addiz. Comunale	Imposta sostitutiva premi di risultato	Cedolare secca			
		.00	.00	.00	.00	.00			
SEZIONE V - MISURA DEGLI ACCONTI PER L'ANNO 2018 E RATEAZIONE DEL SALDO 2017									
F6	Barra la casella per non effettuare i versamenti di acconto IRPEF		Versamenti di acconto IRPEF in misura inferiore		Barra la casella per non effettuare i versamenti di acconto cedolare secca comunale		Versamenti di acconto cedolare secca comunale in misura inferiore		
			.00				.00		
SEZIONE VI - SOGLIE DI ESENZIONE ADDIZIONALE COMUNALE NON DESUMIBILI DAL MOD. 730									
F7	Soglie esenzioni saldo 2017	Esenzione totale/altre agevolazioni saldo 2017		Soglie esenzioni acconto 2018	Esenzione totale/altre agevolazioni acconto 2018		FB	Ritenute	
		.00			.00			.00	
SEZIONE VII - LOCAZIONI BREVI									
F8									
SEZIONE VIII - DATI DA INDICARE NEL MOD. 730 INTEGRATIVO									
F9	Importi rimborsati	IRPEF	Addizionale Regionale all'IRPEF	Addizionale Comunale all'IRPEF	Cedolare secca				
		.00	.00	.00	.00				
F10	Crediti utilizzati con il modello F24 per il versamento di altre imposte	Credito IRPEF	Credito Addizionale Regionale	Credito Addizionale Comunale	Credito cedolare secca				
		.00	.00	.00	.00				
SEZIONE IX - ALTRI DATI									
F11	Importi rimborsati dai sostituiti	Uzuzione detrazione per figli	Detrazioni canoni locazioni	F12	Restituzione bonus	Iscaio	straordinario	F13	Pignoramento presso terzi
		.00	.00		.00	.00	.00		.00
QUADRO G - Crediti d'imposta									
SEZIONE I - FABBRICATI									
G1	Credito riacquisito prima casa	residuo precedente dichiarazione	credito anno 2017	di cui compensato nel mod. F24	G2	Credito canoni di locazione non percepiti (vedere istruzioni)			
		.00	.00	.00		.00			
SEZIONE II - REINTEGRO ANTICIPAZIONI FONDI PENSIONE									
G3	Anno anticipazione	Reintegro Totale/Parziale	Somma rimborsata	Residuo precedente dichiaraz.	Anno 2017	di cui compensato nel mod. F24			
			.00	.00	.00	.00			
SEZIONE III - REDDITI PRODOTTI ALL'ESTERO									
G4	Codice Stato estero	Anno	Reddito estero	Imposta estera	Reddito complessivo	di cui relativo allo Stato estero di cui di cui			
			.00	.00	.00	.00			
SEZIONE IV - IMMOBILI COLPITI DAL SISMA IN ABRUZZO									
G5	Abilitazione principale	Codice fiscale	Numero rata	Totale credito	Residuo precedente dichiarazione				
				.00	.00				
G6	Altri immobili	Impresa/Professione	Codice fiscale	Numero rata	Rateazioni	Totale credito			
						.00			
SEZIONE V - INCREMENTO OCCUPAZIONE					SEZIONE VII - EROGAZIONI CULTURA				
G7	Residuo 2016	di cui compensato nel mod. F24	G9	Spesa 2017	Residuo 2016	Rata credito 2016	Rata credito 2015		
	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00		
SEZIONE VIII - EROGAZIONI SCUOLA					SEZIONE IX - NEGOZIAZIONE E ARBITRATO				
G10	Spesa 2017	Spesa 2016	Residuo 2016	G11	Credito spartante	Residuo 2016	di cui utilizzato in F24		
	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00		
SEZIONE X - VIDEOSORVEGLIANZA					SEZIONE XI - MEDIAZIONI				
G12	Residuo 2016	di cui utilizzato in F24	G13	Anno 2017	di cui compensato nel mod. F24				
	.00	.00	.00	.00	.00				
QUADRO I - Imposte da compensare									
I1	Indicare l'importo delle imposte da versare con il Mod. F24 utilizzando in compensazione il credito che risulta dal Mod. 730			oppure	Barra la casella per utilizzare in compensazione con il Mod. F24 l'intero credito che risulta dal Mod. 730 (che quindi non sarà rimborsato dal sostituto d'imposta)				
	.00								

Modello Grafico realizzato da Neficial S.p.a. Via Caduti sul lavoro, 4 Sanigallia (AR)

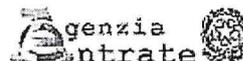
Conforme al provvedimento Agenzia Entrate del 16/01/2018 e successive modificazioni

COPIA CONTRIBUENTE

3



# MODELLO 730/2018



Redditi 2017

Mod. N. 2

## CONTRIBUENTE

DICHIARANTE  CONIUGE DICHIARANTE  DICHIARAZIONE CONGIUNTA  RAPPRESENTANTE O TUTORE

CODICE FISCALE DEL CONTRIBUENTE (obbligatorio) Soggetto fiscalmente 730 Integrativo 730 senza Situazioni CODICE FISCALE DEL RAPPRESENTANTE O TUTORE  
a carico di altri (vedere istruzioni) sostituito particolari Quadro K

RZZRDG58C30B429T

COGNOME (per le donne indicare il cognome da nubila)

NOME

SESSO (M o F)

DATI DEL CONTRIBUENTE RIZZO AROLD GABRIELE M

DATA DI NASCITA  
GIORNO MESE ANNO  
30 03 1958

COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA

PROVINCIA (sigla)

TUTELAZIONE MINORE

CALTANISSETTA

CL

RESIDENZA ANAGRAFICA

COMUNE

PROVINCIA (sigla)

C.A.P.

Da compilare solo se variata dal 1/1/2017 alla data di presentazione della dichiarazione

TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.) INDIRIZZO

NUM. CIVICO

FRAZIONE

DATA DELLA VARIAZIONE  
GIORNO MESE ANNO

Dichiarazione presentata per la prima volta

TELEFONO E POSTA ELETTRONICA

TELEFONO PREFISSO NUMERO

CELLULARE

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA

DOMICILIO FISCALE

PROVINCIA (sigla) FUSIONE COMUNI

AL 01/01/2017 BALESTRATE (A592)

PA

Casi particolari addiz. regionale

DOMICILIO FISCALE

PROVINCIA (sigla) FUSIONE COMUNI

AL 01/01/2018

## FAMILIARI A CARICO

DABBRARE LA CASELLA

C = Coniuge  
F1 = Primo figlio  
F = Figlio  
A = Altro  
D = Figlio con disabilità

1	2	3	4	5	6	7	8
	CODICE FISCALE (il codice del coniuge va indicato anche se non fiscalmente a carico)	MESI A CARICO	MINORE DI 3 ANNI	%	DETRAZIONE 100% AFFIDAMENTO FIGLI		
1	C CONIUGE						
2	F1 PRIMO FIGLIO						
3	F FIGLIO						
4	F FIGLIO						
5	F FIGLIO						

PERCENTUALE ULTERIORE DETRAZIONE PER FAMIGLIE CON ALMENO 4 FIGLI

NUMERO FIGLI DI AFFIDAMENTO PREADOTTIVO A CARICO DEL CONTRIBUENTE

## DATI DEL SOSTITUTO D'IMPOSTA CHE EFFETTUERA IL CONGUAGLIO

Dichiarazione congiunta: compilare solo nel modello del dichiarante

COGNOME o NOME o DENOMINAZIONE

CODICE FISCALE

COMUNE

PROV. TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.) INDIRIZZO

NUM. CIVICO

C.A.P.

MOD. 730 DIPENDENTI SENZA SOSTITUTO

FRAZIONE

NUMERO DI TELEFONO / FAX

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA

CODICE SEDE

## FIRMA DELLA DICHIARAZIONE

N. modelli compilati 7

Barrare la casella per richiedere di essere informato direttamente dal soggetto che presta l'assistenza fiscale di eventuali comunicazioni dell'Agenzia delle Entrate

FIRMA DEL CONTRIBUENTE

Con l'apposizione della firma si esprime anche il consenso al trattamento dei dati sensibili indicati nella dichiarazione

AROLDO GABRIELE RIZZO

## QUADRO A - Redditi dei terreni

N. ORD.	REDDITO DOMINICALE	TITOLO	REDDITO AGRARIO	POSSESSO		CANDONE DI AFFITTO IN REGIME VINCOLISTICO	CASI PARTICOLARI	CONTINUAZIONE (stesso terreno figo precedente)	IMU NON DOVUTA	CULTIVATORE DIRETTO O IAP
				GIORNI	%					
A1	2,00	1	,00	365	50,00	,00		<input type="checkbox"/>		
A2	38,00	1	25,00	365	50,00	,00		<input type="checkbox"/>		
A3	73,00	1	22,00	365	50,00	,00		<input type="checkbox"/>		
A4	29,00	1	19,00	365	50,00	,00		<input type="checkbox"/>		
A5	16,00	1	4,00	365	50,00	,00		<input type="checkbox"/>		
A6	5,00	1	2,00	365	50,00	,00		<input type="checkbox"/>		

CENTRO: 0152

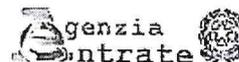
Modello Grafico realizzato da Nemital S.p.a. Via Caduti sul Lavoro, 4 Sansepolino (RM) Conforme al provvedimento Agenzia Entrate del 16/01/2018 a successive modificazioni

COPIA CONTRIBUENTE

# 3



## MODELLO 730/2018



Redditi 2017

Mod. N. 3

Modello Grafico realizzato da Montrial S.p.a. Via Caduti sul lavoro, 4 Sempellusa (AN)

Conferma al provvedimento Agenzia Entrate dal 16/01/2018 e successive modificazioni

**CONTRIBUENTE** DICHIARANTE  CONIUGE DICHIARANTE  DICHIARAZIONE CONGIUNTA  RAPPRESENTANTE D TUTORE

CODICE FISCALE DEL CONTRIBUENTE (obbligatorio) **RZZRDG5BC30B429T** Soggetto fiscalmente a carico di altri  730 integrativo (vedere istruzioni)  730 senza sostituto  Situazioni particolari  Quadro K  CODICE FISCALE DEL RAPPRESENTANTE O TUTORE

COGNOME (per le donne indicare il cognome da nubile) **RIZZO** NOME **AROLDO GABRIELE** SESSO (M o F) **M**

**DATI DEL CONTRIBUENTE** DATA DI NASCITA GIORNO **30** MESE **03** ANNO **1958** COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA **CALTANISSETTA** PROVINCIA (sigla) **CL** TUTORIA MINORE

**RESIDENZA ANAGRAFICA** COMUNE **CALTANISSETTA** PROVINCIA (sigla) **CL** C.A.P. **95031**

Da compilare solo se variata dal 1/1/2017 alla data di presentazione della dichiarazione

TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.) **INDIRIZZO** NUM. CIVICO **10**

FRAZIONE **INDIRIZZO** DATA DELLA VARIAZIONE GIORNO **MESE** **ANNO** Dichiarazione presentata per la prima volta

TELEFONO E POSTA ELETTRONICA TELEFONO PREFISSO **NUMERO** CELLULARE **INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA**

DOMICILIO FISCALE COMUNE **PROVINCIA (sigla)** FUSIONE COMUNI **BALESTRATE (A592)** **PA** Casi particolari da segnalare

DOMICILIO FISCALE COMUNE **PROVINCIA (sigla)** FUSIONE COMUNI **AL 01/01/2018**

### FAMILIARI A CARICO

BARRARE LA CASELLA	CODICE FISCALE	ANZIETA' CARICO	MINORE DI 3 ANNI	%	DETRAZIONE 100% AFFIDAMENTO FIGLI	PERCENTUALE ULTERIORE DETRAZIONE PER FAMIGLIE CON ALMENO 4 FIGLI
<input type="checkbox"/> C = Coniuge	1	C				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> F1 = Primo figlio	2	F1				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> F = Figlio	3	F				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A = Altro	4	A				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> D = Figlio con disabilità	5	D				<input type="checkbox"/>

### DATI DEL SOSTITUTO D'IMPOSTA CHE EFFETTUERA IL CONGUAGLIO

Dichiarazione congiunta: compilare solo nel modello del dichiarante

COGNOME o NOME o DENOMINAZIONE **AROLDO GABRIELE RIZZO** CODICE FISCALE **RZZRDG5BC30B429T** COMUNE **CALTANISSETTA**

PROV. **CL** TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.) **INDIRIZZO** NUM. CIVICO **10** C.A.P. **95031**

FRAZIONE **INDIRIZZO** NUMERO DI TELEFONO / FAX **INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA** CODICE SEDE **95031**

MOD. 730 DIPENDENTI SENZA SOSTITUTO

### FIRMA DELLA DICHIARAZIONE

N. modelli compilati 7 Barrare la casella per richiedere di essere informato direttamente dal soggetto che presta l'assistenza fiscale di eventuali comunicazioni dell'Agenzia delle Entrate

Con l'apposizione della firma si esprime anche il consenso al trattamento dei dati sensibili indicati nella dichiarazione

**FIRMA DEL CONTRIBUENTE**  
**AROLDO GABRIELE RIZZO**

### QUADRO A - Redditi dei terreni

N. ORD.	REDDITO COMUNICALE	TITOLO	REDDITO AGRARIO	POSSESSO		CANONE DI AFFITTO IN REGIME VINCOLISTICO	CASI PARTICOLARI	CONTINUAZIONE (Vedi nota al rigo precedente)	USU NON DOVUTA	COLTIVATORE DIRETTO O USU
				GIORNI	%					
A1	12,00	1	3,00	365	50,00	,00	<input type="checkbox"/>			
A2	2,00	1	1,00	365	50,00	,00	<input type="checkbox"/>			
A3	19,00	1	8,00	365	50,00	,00	<input type="checkbox"/>			
A4	10,00	1	3,00	365	50,00	,00	<input type="checkbox"/>			
A5	30,00	1	19,00	365	50,00	,00	<input type="checkbox"/>			
A6	24,00	1	6,00	365	50,00	,00	<input type="checkbox"/>			

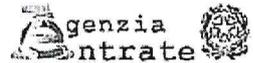
CENTRO: 0152

COPIA CONTRIBUENTE

# 3



## MODELLO 730/2018



Redditi 2017

Mod. N.

Modello Grafico compilato da Inasit Srl s.p.a. Via Caduti sul Lavoro, 4 Sanpaulino (AR)

**CONTRIBUENTE** DICHIARANTE  CONIUGE DICHIARANTE  DICHIARAZIONE CONGIUNTA  RAPPRESENTANTE O TUTORE

CODICE FISCALE DEL CONTRIBUENTE (obbligatorio) RZZRDG58C30B429T Soggetto fiscalmente a carico di altri  730 Integrato  730 senza sostituto  Situazioni particolari  Quadro K  CODICE FISCALE DEL RAPPRESENTANTE O TUTORE

COGNOME (per le donne indicare il cognome da nubile) RIZZO NOME AROLDO GABRIELE SESSO (M o F) M

**DATI DEL CONTRIBUENTE** DATA DI NASCITA 30/03/1958 COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA CALTANISSETTA PROVINCIA (sigla) CL TUTELETA/ MINORE

**RESIDENZA ANAGRAFICA** COMUNE CALTANISSETTA PROVINCIA (sigla) CL C.A.P. 95013

Da compilare solo se variata dal 1/1/2017 alla data di presentazione della dichiarazione

TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.) INDIRIZZO NUM. CIVICO

FRAZIONE INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA DATA DELLA VARIAZIONE MESE ANNO Dichiarazione presentata per la prima volta

TELEFONO E POSTA ELETTRONICA TELEFONO PREFISSO NUMERO CELLULARE INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA

DOMICILIO FISCALE COMUNE BALESTRATE (A592) PROVINCIA (sigla) PA FUSIONE COMUNI  Casi particolari sulla regionale

DOMICILIO FISCALE COMUNE BALESTRATE (A592) PROVINCIA (sigla) PA FUSIONE COMUNI

**FAMILIARI A CARICO**

DARRARE LA CASELLA	CODICE FISCALE	MESI A CARICO	MINORE DI 3 ANNI	%	DETRAZIONE 100% AFFIDAMENTO FIGLI	PERCENTUALE ULTERIORE DETRAZIONE PER FAMIGLIE CON ALMENO 4 FIGLI	NUMERO FIGLI IN AFFIDOPREADOTTIVO A CARICO DEL CONTRIBUENTE
1 <sup>1</sup> C <sup>2</sup> CONIUGE						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <sup>1</sup> F1 <sup>2</sup> PRIMO FIGLIO <sup>3</sup> D						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 <sup>1</sup> F <sup>2</sup> A <sup>3</sup> D						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 <sup>1</sup> F <sup>2</sup> A <sup>3</sup> D						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 <sup>1</sup> F <sup>2</sup> A <sup>3</sup> D						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C = Coniuge  
F1 = Primo figlio  
F = Figlio  
A = Altro  
D = Figlio con disabilità

**DATI DEL SOSTITUTO D'IMPOSTA CHE EFFETTUERA IL CONGUAGLIO** Dichiarazione congiunta: compilare solo nel modello del dichiarante

COGNOME o NOME o DENOMINAZIONE COMUNE

PROV. TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.) INDIRIZZO NUM. CIVICO C.A.P.

FRAZIONE NUMERO DI TELEFONO / FAX INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA CODICE SEDE

MOD. 730 DIPENDENTI SENZA SOSTITUTO

**FIRMA DELLA DICHIARAZIONE**

N. modelli compilati   Barrare la casella per richiedere di essere informato direttamente dal soggetto che presta l'assistenza fiscale di eventuali comunicazioni dell'Agenzia delle Entrate

Con l'apposizione della firma si esprime anche il consenso al trattamento dei dati sensibili indicati nella dichiarazione

**FIRMA DEL CONTRIBUENTE**  
AROLDO GABRIELE RIZZO

**QUADRO A - Redditi dei terreni**

N. ORD.	REDDITO DOMINICALE	TITOLO	REDDITO AGRARIO	POSSESSO		CANONE DI AFFITTO IN REGIME VINCOLISTICO	CASI PARTICOLARI	CONTINUAZIONE (stessa terreno n. rigo precedente)	RAI NON DOVUTA	COLTIVATORE DIRETTO O IAP
				GIORNI	%					
A1	6,00	1	2,00	365	50,00	,00		<input type="checkbox"/>		
A2	2,00	1	1,00	365	50,00	,00		<input type="checkbox"/>		
A3	2,00	1	1,00	365	50,00	,00		<input type="checkbox"/>		
A4	2,00	1	1,00	365	50,00	,00		<input type="checkbox"/>		
A5	1,00	1	,00	365	50,00	,00		<input type="checkbox"/>		
A6	14,00	1	4,00	365	50,00	,00		<input type="checkbox"/>		

CENTRO: 0152

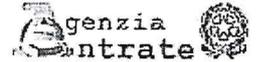
Conforme al provvedimento Agenzia Entrate del 16/01/2018 e successive modificazioni

COPIA CONTRIBUENTE

# 3



## MODELLO 730/2018



Redditi 2017

Mod. N. 5

Modello Grafico realizzato da Mantral S.p.A. - Via Caduti nel lavoro, 4 Sanpallina (AS)  
 Conforme al provvedimento Agenzia Entrate del 16/01/2018 e successive modificazioni

**CONTRIBUENTE** DICHIARANTE  CONIUGE DICHIARANTE  DICHIARAZIONE CONIUGATA  RAPPRESENTANTE O TUTORE

CODICE FISCALE DEL CONTRIBUENTE (obbligatorio) **RZZRDG58C30B429T** Soggetto fiscalmente 730 integrale 730 senza Situazioni CODICE FISCALE DEL RAPPRESENTANTE O TUTORE  
 a carico di altri (vedere istruzioni) sostituito particolari Quadro K

COGNOME (per le donne indicare il cognome da nubile) **RIZZO** NOME **AROLDO GABRIELE** SESSO (M o F) **M**

**DATI DEL CONTRIBUENTE** DATA DI NASCITA GIORNO MESE ANNO **30 03 1958** COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA **CALTANISSETTA** PROVINCIA (sigla) **CL** TUTORIA MINORE

**RESIDENZA ANAGRAFICA** COMUNE **BALESTRATE (A592)** PROVINCIA (sigla) **PA** G.A.P.

Da compilare solo se variata dal 1/1/2017 alla data di presentazione della dichiarazione TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.) INDIRIZZO NUM. CIVICO

FRAZIONE GORNO DATA DELLA VARIAZIONE MESE ANNO Dichiarazione presentata per la prima volta

**TELEFONO E POSTA ELETTRONICA** TELEFONO PREFISSO NUMERO CELLULARE INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA

**DOMICILIO FISCALE** COMUNE PROVINCIA (sigla) FUSIONE COMUNI  
 AL 01/01/2017 **BALESTRATE (A592)** **PA**

**DOMICILIO FISCALE** COMUNE PROVINCIA (sigla) FUSIONE COMUNI  
 AL 01/01/2018

**FAMILIARI A CARICO**

BARRARE LA CASELLA	CODICE FISCALE (il codice del coniuge va indicato anche se non fiscalmente a carico)	MESSI A CARICO	MINORE DI 3 ANNI	%	DETRAZIONE 100% AFFIDAMENTO FIGLI	PERCENTUALE ULTERIORE DETRAZIONE PER FAMIGLIE CON AFFIDATO < 7 FIGLI
<input type="checkbox"/> C = Coniuge						
<input type="checkbox"/> F1 = Primo figlio						
<input type="checkbox"/> F = Figlio						
<input type="checkbox"/> A = Altro						
<input type="checkbox"/> D = Figlio con disabilità						

NUMERO FIGLI IN AFFIDAMENTO PREADOTTATI A CARICO DEL CONTRIBUENTE

**DATI DEL SOSTITUTO D'IMPOSTA CHE EFFETTUERA IL CONGUAGLIO** Dichiarazione congiunta: compilare solo nel modello del dichiarante

COGNOME o NOME o DENOMINAZIONE CODICE FISCALE COMUNE

PROV. TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.) INDIRIZZO NUM. CIVICO C.A.P.

FRAZIONE NUMERO DI TELEFONO / FAX INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA CODICE SEDE

**FIRMA DELLA DICHIARAZIONE**

N. modelli compilati 7 Barrare la casella per richiedere di essere informato direttamente dal soggetto che presta l'assistenza fiscale di eventuali comunicazioni dell'Agenzia delle Entrate

Con l'apposizione della firma si esprime anche il consenso al trattamento dei dati sensibili indicati nella dichiarazione

**FIRMA DEL CONTRIBUENTE**  
**AROLDO GABRIELE RIZZO**

**QUADRO A - Redditi dei terreni**

N. ORD.	REDDITO COMUNICALE	TITOLO	REDDITO AGRARIO	POSSESSO		CANONE DI AFFITTO IN REGIME VINCOLISTICO	CASI PARTICOLARI	CONTRIBUZIONE (più del terreno (per procedure))	ALII NON DOVUTA	COLTIVATORE DIRETTO O U.P.
				GIORNI	%					
A1	8,00	1	2,00	365	50,00					
A2	8,00	1	2,00	365	50,00					
A3	9,00	1	3,00	365	50,00					
A4	2,00	1	,00	365	50,00					
A5	4,00	1	1,00	365	50,00					
A6	5,00	1	2,00	365	50,00					

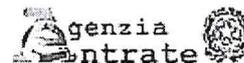
CENTRO: 0152

COPIA CONTRIBUENTE

3



# MODELLO 730/2018



## Redditi 2017

 Mod. N. 6

### CONTRIBUENTE

 DICHIARANTE  CONIUGE DICHIARANTE  DICHIARAZIONE CONGIUNTA  RAPPRESENTANTE O TUTORE 

 CODICE FISCALE DEL CONTRIBUENTE (obbligatorio) Soggetto fiscalmente a carico di altri 730 Integrativo 730 senza sostituto Situazioni particolari Quadro K CODICE FISCALE DEL RAPPRESENTANTE O TUTORE

RZZRDG58C30B429T

COGNOME (per le donne indicare il cognome da nubile)

NOME

SESSO (M o F)

 DATI DEL CONTRIBUENTE **RIZZO** **AROLDO GABRIELE**

 DATA DI NASCITA **30** **03** **1958**

 COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA **CALTANISSETTA**

 PROVINCIA (sigla) **CL**

M

TUTELATO/A MINORE

RESIDENZA ANAGRAFICA

TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.) INDIRIZZO

 PROVINCIA (sigla) **CL**

C.A.P.

NUM. CIVICO

Da compilare solo se variata dal 1/1/2017 alla data di presentazione della dichiarazione

FRAZIONE

 DATA DELLA VARIAZIONE **GIORNO** **MESE** **ANNO**

 Dichiarazione presentata per la prima volta 

TELEFONO E POSTA ELETTRONICA

TELEFONO FISSO

NUMERO

CELLULARE

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA

DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2017

 COMUNE **BALESTRATE (A592)**

 PROVINCIA (sigla) **PA** FUSIONE COMUNI

Casi particolari codice regionale

DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2018

COMUNE

 PROVINCIA (sigla) **PA** FUSIONE COMUNI

### FAMILIARI A CARICO

BARRARE LA CASELLA

 C = Coniuge  
F1 = Primo figlio  
F = Figlio  
A = Altro  
D = Figlio con disabilità

1	2	3	4	5	6	7	8
1	C	CONIUGE					
2	F1	PRIMO FIGLIO	D				
3	F	A	D				
4	F	A	D				
5	F	A	D				

PERCENTUALE ULTERIORE DETRAZIONE PER FAMIGLIE CON ALMENO 4 FIGLI

NUMERO FIGLI IN AFFIDIO PREADOTTIVO A CARICO DEL CONTRIBUENTE

### DATI DEL SOSTITUTO D'IMPOSTA CHE EFFETTUERA IL CONGUAGLIO

Dichiarazione congiunta: compilare solo nel modulo del dichiarante

COGNOME o NOME o DENOMINAZIONE

CODICE FISCALE

COMUNE

PROV. TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.) INDIRIZZO

NUM. CIVICO C.A.P.

MOD. 730 DIPENDENTI SENZA SOSTITUTO

FRAZIONE

NUMERO DI TELEFONO / FAX

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA

CODICE SEDE

### FIRMA DELLA DICHIARAZIONE

 N. moduli compilati 7

 Barrare la casella per richiedere di essere informato direttamente dal soggetto che presta l'assistenza fiscale di eventuali comunicazioni dell'Agenzia delle Entrate 

FIRMA DEL CONTRIBUENTE

Con l'apposizione della firma si esprime anche il consenso al trattamento dei dati sensibili indicati nella dichiarazione

**AROLDO GABRIELE RIZZO**

### QUADRO A - Redditi dei terreni

N. ORD.	REDDITO DOMINICALE	TITOLO	REDDITO AGRARIO	POSSESSO		CANONE DI AFFITTO IN REGIME VINCOLISTICO	CASI PARTICOLARI	CONTINUAZIONE (stesso terreno, n. precedente)	SUJ NON DOVUTA	COLTIVATORE DIRETTO O CAP
				GIORNATA	%					
A1	7,00	1	2,00	365	50,00			<input type="checkbox"/>		
A2	3,00	1	1,00	365	50,00			<input type="checkbox"/>		
A3	1,00	1	,00	365	50,00			<input type="checkbox"/>		
A4	9,00	1	6,00	365	50,00			<input type="checkbox"/>		
A5	27,00	1	18,00	365	50,00			<input type="checkbox"/>		
A6	1,00	1	,00	365	50,00			<input type="checkbox"/>		

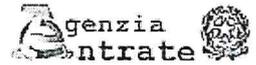
CENTRO: 0152

COPIA CONTRIBUENTE

# 3



## MODELLO 730/2018



Redditi 2017

Mod. N. 7

### CONTRIBUENTE

DICHIARANTE  CONIUGE DICHIARANTE  DICHIARAZIONE CONGIUNTA  RAPPRESENTANTE O TUTORE

CODICE FISCALE DEL CONTRIBUENTE (obbligatorio) **RZZRDG58C30B429T** Soggetto fiscalmente a carico di altri  730 integrativo  730 senza sostituto  Situazioni particolari  Quadro K  CODICE FISCALE DEL RAPPRESENTANTE O TUTORE

COGNOME (per le donne indicare il cognome da nubile) **RIZZO** NOME **AROLDO GABRIELE** SESSO (M o F) **M**

DATI DEL CONTRIBUENTE DATA DI NASCITA GIORNO **30** MESE **03** ANNO **1958** COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA **CALTANISSETTA** PROVINCIA (sigla) **CL** TUTORATO MINORE

RESIDENZA ANAGRAFICA COMUNE **BALESTRATE (A592)** PROVINCIA (sigla) **PA** C.A.P. **95014**

Da compilare solo se variata dal 1/1/2017 alla data di presentazione della dichiarazione

TIPLOGIA (Via, piazza, ecc.) INDIRIZZO NUM. CIVICO

FRAZIONE DATA DELLA VARIAZIONE GIORNO MESE ANNO Dichiarazione presentata per la prima volta

TELEFONO E POSTA ELETTRONICA TELEFONO PREFISSO NUMERO CELLULARE INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA

DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2017 COMUNE **BALESTRATE (A592)** PROVINCIA (sigla) **PA** FUSIONE COMUNI

DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2018 COMUNE **BALESTRATE (A592)** PROVINCIA (sigla) **PA** FUSIONE COMUNI

### FAMILIARI A CARICO

BARRARE LA CASELLA	CODICE FISCALE	MESI A CARICO	ANNORE GI 3 ANNI	%	DETRAZIONE 100% AFFIDAMENTO FIGLI	PERCENTUALE ULTRA FREDE DETRAZIONE PER FAMIGLIE CON ALMENO 4 FIGLI
<input type="checkbox"/> C = Coniuge	1	C				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> F1 = Primo figlio	2	F1				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> F = Figlio	3	F				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A = Altro	4	A				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> D = Figlio con disabilità	5	D				<input type="checkbox"/>

### DATI DEL SOSTITUTO D'IMPOSTA CHE EFFETTUERA IL CONGUAGLIO

Dichiarazione congiunta: compilare solo nel modello del dichiarante

COGNOME e NOME o DENOMINAZIONE CODICE FISCALE COMUNE

PROV. TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.) INDIRIZZO NUM. CIVICO C.A.P.

FRAZIONE NUMERO DI TELEFONO / FAX INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA CODICE SEDE

MOD. 730 DIPENDENTI SENZA SOSTITUTO

### FIRMA DELLA DICHIARAZIONE

N. modelli compilati 7 Barrare la casella per richiedere di essere informato direttamente dal soggetto che presta l'assistenza fiscale di eventuali comunicazioni dell'Agenzia delle Entrate

Con l'apposizione della firma si esprime anche il consenso al trattamento dei dati sensibili indicati nella dichiarazione

FIRMA DEL CONTRIBUENTE **AROLDO GABRIELE RIZZO**

### QUADRO A - Redditi dei terreni

N. ORD.	REDDITO DOMINICALE	TITOLO	REDDITO AGRARIO	POSSESSO		CANONE DI AFFITTO IN REGIME VINCOLISTICO	CASI PARTICOLARI	CONTRIBUZIONE (stessa terreno già preadottato)	IQU NON DOVUTA	COLTIVATORE DIRETTO O C.A.P.
				DIRITTO	%					
A1	33,00	1	10,00	365	50,00			<input type="checkbox"/>		
A2	3,00	1	2,00	365	100,00			<input type="checkbox"/>		
A3	20,00	1	6,00	365	100,00			<input type="checkbox"/>		
A4	,00		,00					<input type="checkbox"/>		
A5	,00		,00					<input type="checkbox"/>		
A6	,00		,00					<input type="checkbox"/>		

CENTRO: 0152

Modello Grafico realizzato da Namital S.p.a. Via Caduti sul lavoro, 4 Sanigallia (AN)

Conforme al provvedimento Agenzia Entrate del 16/01/2018 e successive modificazioni

COPIA CONTRIBUENTE



AGENZIA DELLE ENTRATE  
 MOD. 730-2 PER IL C.A.F. O  
 PER IL PROFESSIONISTA ABILITATO  
 REDDITI 2017

RICEVUTA DELL'AVVENUTA CONSEGNA DELLA  
 DICHIARAZIONE MOD. 730 E DELLA BUSTA  
 CONTENENTE IL MOD. 730-1

Modello 730 integrativo

pagina n.	di pagine
1	1

SI DICHIARA CHE

COGNOME RIZZO	NOME AROLDO GABRIELE	CODICE FISCALE RZZRDG58C30B429T
COGNOME	NOME	CODICE FISCALE

HANNO CONSEGNA TO IN DATA ..... 04/07/2018 ..... LA DICHIARAZIONE MOD. 730/2018 PER I REDDITI 2017, IL MOD. 730-1 PER LA SCELTA DELLA DESTINAZIONE DELL'OTTO, DEL CINQUE E DEL DUE PER MILLE DELL'IRPEF. HANNO INOLTRE ESIBITO I SOTTOELENCATI DOCUMENTI RELATIVI AI DATI ESPOSTI NELLA DICHIARAZIONE. IL C.A.F. O IL PROFESSIONISTA ABILITATO, SULLA BASE DEGLI ELEMENTI FORNITI E DEI DOCUMENTI ESIBITI, SI IMPEGNA AD ELABORARE LA DICHIARAZIONE E A TRASMETTERLA IN VIA TELEMATICA ALL'AGENZIA DELLE ENTRATE, PREVIA VERIFICA, TRAMITE IL RESPONSABILE DELL'ASSISTENZA FISCALE, DELLA CORRETTEZZA E LEGITTIMITA DEI DATI E DEI CALCOLI ESPOSTI. IL CAF O IL PROFESSIONISTA ABILITATO INOLTRE, A SEGUITO DELLA RICHIESTA RICONTRATA NEL MODELLO 730,

SI IMPEGNA  NON SI IMPEGNA

AD INFORMARE DIRETTAMENTE IL CONTRIBUENTE DI EVENTUALI COMUNICAZIONI DELL'AGENZIA DELLE ENTRATE RELATIVE ALLA PRESENTE DICHIARAZIONE.

ELENCO DEI DOCUMENTI ESIBITI

TIPOLOGIA	IMPORTO
CU: redditi di lavoro dipendente e assimilati (Sez. I - Quadro C) (D)	€ 121.943,00
CU: ritenute Irpef su redditi di lavoro dipendente e assimilati (D)	€ 68.589,00
CU: addizionale regionale su redditi di lavoro dipendente e assimilati (D)	€ 1.034,00
CU: addizionale comunale su redditi di lavoro dipendente e ass. - acconto 2017 (D)	€ 299,00
CU: addizionale comunale su redditi di lavoro dipendente e assimilati - saldo 2017 (D)	€ 754,00
CU: addizionale comunale su redditi di lavoro dipendente e ass. - acconto 2018 (D)	€ 316,00
Certificazioni per altri redditi assimilati (Sez. II - Quadro C) (D)	€ 61.450,00
Scelta cinque per mille: ONLUS, Associazioni di promoz. soc., Fondazioni cult. - CF: 97144450828 (D)	
Assicurazioni vita, infortuni, invalidita' da 730 Ade (D)	€ 110,00
Spese universitario da 730 Ade (D)	€ 2.300,00
Versamenti contributi soggetti a casse di previdenza delle professioni (D)	€ 2.436,00
Atto di compravendita per acquisto abitazione principale (D)	
Contratto di mutuo ipotecario per acquisto abitazione principale (D)	
Interessi su mutui per acquisto abitazione principale da 730 Ade (D)	€ 2.527,00
Scelta otto per mille: Chiesa Cattolica (D)	

FIRMA DELL'INCARICATO DEL C.A.F. O  
 DEL PROFESSIONISTA ABILITATO ANNA MARIA CAROLLO

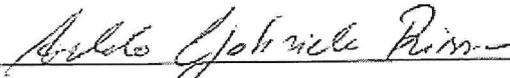
FIRMA DEL CONTRIBUENTE AROLD GABRIELE RIZZO

COPIA CONTRIBUENTE



- che altresì, si impegna a comunicare tempestivamente all'organo che ha provveduto alla nomina i conflitti di interesse o le cause di incompatibilità che dovesse verificarsi successivamente all'assunzione dell'incarico.

Data 21.06.2019

  
FIRMA DEL DICHIARANTE

(allegare fotocopia del documento d'identità in corso di validità)

**NOTA INFORMATIVA DI CUI ALL'ART. 13 DEL D.LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196,  
E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI**

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, recante il Codice in materia di protezione dei dati personali, si comunica che i dati forniti dalla S.V. ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito dell'attività istituzionale dell'Amministrazione regionale, potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto delle disposizioni sopra richiamate e degli obblighi di riservatezza.

I dati verranno trattati per finalità istituzionali dell'Amministrazione, quali:

- adempimenti ad obblighi di legge;
- esigenze operative e /o gestionali interne all'Amministrazione.

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche mediante strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi.

I dati saranno conservati presso gli uffici dell'Amministrazione.

Titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'Azienda "Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello" di Palermo.

Il trattamento dei dati personali dalla S.V. forniti, o altrimenti acquisiti nell'ambito dell'attività istituzionale dell'Amministrazione, potrà essere effettuato anche dai soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da norma di legge.

I dati inoltre potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili o incaricati o di dipendenti coinvolti a vario titolo con l'incarico da affidare o affidato.

La S.V. potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 "Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti" del D.Lgs. n. 196/2003.

L'eventuale rifiuto di consenso al trattamento dei dati personali potrebbe risultare causa ostativa all'ulteriore prosecuzione dell'iter procedurale.

I dati, le retribuzioni, i compensi percepiti a qualsiasi titolo ed il curriculum vitae potranno essere utilizzati per le comunicazioni previste dalla normativa di riferimento e per le pubblicazioni sui siti web individuati dalla vigente disposizioni in materia. (9)

**Consenso al trattamento**

Il sottoscritto/a ARNOLDO GABRIELE RIZZO dichiara di avere ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. - il cui testo è riportato nel corpo della presente dichiarazione - e di avere preso atto altresì dei diritti di cui all'art. 7 del medesimo D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. - il cui testo è pure riportato nel corpo della presente dichiarazione - e acconsente al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Luogo Palermo data 21.06.2019

Firma  


Per i dati contenuti nella presente dichiarazione trova applicazione l'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i.

- che il reddito denunciato nell'anno precedente è di € \_\_\_\_\_ (si può eventualmente allegare copia della dichiarazione dei redditi relativi all'anno precedente - o relativi all'anno in corso, se già disponibile - ma, in tal caso, è necessario dichiarare, ai sensi dell'art. 47, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, che la copia della dichiarazione dei redditi relativi all'anno 201\_\_ allegata alla presente composta da n. \_\_ pagine è conforme al documento originale presentato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso la competente amministrazione fiscale di \_\_\_\_\_. Alla copia della dichiarazione dei redditi deve essere apposta la firma in ogni pagina); *S. ALEBA CUI*

- di non avere riportato condanne penali e/o di non avere procedimenti penali in corso\*, ovvero di avere riportato le seguenti condanne penali e/o di avere i seguenti procedimenti penali in corso, di seguito indicati \*\* (specificare il capo d'imputazione)

---

---

---

\*(n.b. Si evidenzia che, a sensi dell'art. 335 c.p.p., il soggetto dovrà dichiarare ove ne sia a conoscenza, anche, l'avvenuta iscrizione nel registro delle notizie di reato).

\*\* In caso di assenza di procedimenti penali in corso dovrà essere riportata la seguente dichiarazione: NESSUN PROCEDIMENTO PENALE IN CORSO

- di non avere riportato condanne da parte della Corte dei Conti e/o di non avere in corso procedimenti per l'accertamento di responsabilità contabili, ovvero di avere riportato condanne da parte della Corte dei Conti e/o di avere in corso procedimenti per l'accertamento di responsabilità contabili di seguito indicati \*\* (specificare quali)

---

---

---

- che non si trova nelle condizioni previste dall'art. 7 del Decreto Legislativo 31 dicembre 2012, n. 235 (6), nonché di non trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 3, comma 11, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502; (7)

- di non versare in una delle cause di inconferibilità di incarichi di cui agli artt. 3, 5 e 8 del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39; (8)

- dichiara l'appartenenza a società, enti o associazioni di qualsiasi genere (dichiarazione da compilare solo quando tale appartenenza o il vincolo associativo possano determinare un conflitto di interessi con l'incarico assunto, ovvero siano tali da rendere rilevante la conoscenza a garanzia della trasparenza e della imparzialità della pubblica amministrazione)

---

---

---

(in caso non ricorrano le suindicate ipotesi barrare con una linea obliqua le righe soprastanti)

- che ha ricoperto precedentemente le seguenti cariche in enti pubblici o in società a partecipazione pubblica, nonché in società private iscritte nei pubblici registri: (2)

---

---

---

---

---

- che il proprio curriculum professionale: (3)

SI ALLEGA CURRICULUM

---

---

---

---

---

- che la propria occupazione attuale è:

PRIMARIO DI ANATOMIA PATOLOGICA presso  
gli OSPEDALI RIUNITI PALERMO

---

---

---

---

---

- di essere a conoscenza che all'atto dell'assunzione della carica di Direttore Sanitario non deve versare in alcuna causa di incompatibilità o di conflitto di interesse in relazione all'incarico da rivestire ed in particolare in nessuna di quelle di cui all'art. 3 della Legge Regionale 28 marzo 1995, n. 22 e successive modifiche (4) e di cui agli artt. 10 e 14 del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 (5);

- di impegnarsi, all'atto della nomina di Direttore Sanitario, a rimuovere la sussistenza delle seguenti cause di incompatibilità e/o conflitti di interesse di cui alla norme suindicate (indicare le eventuali cause di incompatibilità e/o conflitti di interesse, ovvero, in assenza, barrare con una linea obliqua le righe sottostanti):

---

---

---

---

---

- che il proprio patrimonio, alla data della nomina o designazione, risulta essere (si può eventualmente allegare copia della dichiarazione dei redditi);

SI ALLEGA CUD

---

---

---

---

---

TESTO DELLA DICHIARAZIONE

Art. 4 L.R. n. 19/97 e ss.mm.ii.

(ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto/a AROLDO GABRIELE RIZZO nato/a CALTANISSETTA il 30 MARZO 1958 e residente a BALESTRATE Provincia di PA in Via/Piazza C/la TAVOLATA SNC con riferimento all'incarico di Direttore Sanitario dell'Azienda "Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello" di Palermo, con sede in Palermo, Viale Strasburgo n. 233, 90146 - Palermo, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che i propri dati anagrafici sono: AROLDO GABRIELE RIZZO nome e cognome  
CALTANISSETTA 30 MARZO 1958 data  
nato a BALESTRATE (PA) C/la TAVOLATA, SNC data  
residenza /provincia/ Via o Piazza  
R22RDC58C30B429T 3357212553  
codice fiscale recapito telefonico  
AROLDORIZZO58@pec.libero.it  
e-mail / pec

- che è in possesso del titolo di studio LAUREA MEDICINA conseguito il 30.11.1986 presso UNIVERSITA DEGLI STUDI DI PALERMO

- che è inserito nell'Elenco aggiornato dei soggetti idonei alla nomina a Direttore Sanitario delle Aziende del Servizio sanitario regionale approvato con D.A. n. 2207 del 22 novembre 2018 e s.m.i. (pubblicato sulla G.U.R.S. - Serie Concorsi n. 18 del 30 novembre 2018);

- che attualmente ricopre la seguente carica in enti pubblici o in società a partecipazione pubblica, nonché in società private iscritte nei pubblici registri (allegare documentazione esplicativa circa la compagine sociale degli incarichi attualmente ricoperti) (1):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

SULL'INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITA'

ED INCOMPATIBILITÀ DI CUI AL D.LGS. 8 APRILE 2013, N. 39

Il/La sottoscritto/a AROLD O GARRIELE RIZZO  
nato/a a CALTANISSETTA prov. (CL) il 30.03.1958  
codice fiscale RZZRDC58C30BRSI con riferimento all'incarico di Direttore Sanitario  
dell'Azienda/Istituto \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_  
consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, di cui  
all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n. 39/2013  
e s.m.i., sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e/o incompatibilità previste dal D.Lgs. 8 aprile 2013,  
n. 39.

In particolare, ai fini dell'inconferibilità di incarichi di direzione nelle Aziende Sanitarie:

- di non avere riportato condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal  
Capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (D.Lgs. n. 39/2013, Capo II, art. 3) e dalla Legge 27  
marzo 2001, n. 9, art. 3, comma 1;
- di non avere svolto incarichi e/o ricoperto cariche, nei due anni precedenti, in enti di diritto privato regolati  
o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale (art. 5 Capo III del D.Lgs. n. 39/2013)<sup>1</sup>;
- di non rientrare in nessuna delle ipotesi di inconferibilità di cui all'art. 8 Capo IV del D.Lgs. n. 39/2013<sup>2</sup>;  
e ai fini delle cause di incompatibilità:
- di non trovarsi in alcuna delle ipotesi di incompatibilità di cui all'art. 10 Capo V del D.Lgs. n. 39/2013;
- di non trovarsi in alcuna delle ipotesi di incompatibilità di cui all'art. 14 Capo VI del D.Lgs. n. 39/2013;

OVVERO

di avere riportato le seguenti condanne penali:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

<sup>1</sup>ai sensi dell'art. 1, comma 2, lettera d) del D.Lgs. n. 39/2013 per «enti di diritto privato regolati o finanziati» si intendono le società e gli altri enti  
di diritto privato, anche privi di personalità giuridica, nei confronti dei quali l'amministrazione che conferisce l'incarico:

- 1)svolga funzioni di regolazione dell'attività principale che comportino, anche attraverso il rilascio di autorizzazioni o concessioni, l'esercizio  
continuativo di poteri di vigilanza, di controllo o di certificazione;
- 2)abbia una partecipazione minoritaria nel capitale;
- 3)finanzi le attività attraverso rapporti convenzionali, quali contratti pubblici, contratti di servizio pubblico e di concessione di beni pubblici;

<sup>2</sup>ai sensi dell'art. 1, comma 2, lettera c) del D.Lgs. n. 39/2013 per «enti di diritto privato in controllo pubblico» si intendono le società e gli altri enti  
di diritto privato che esercitano funzioni amministrative, attività di produzione di beni e servizi a favore delle amministrazioni pubbliche o di  
gestione di servizi pubblici, sottoposti a controllo ai sensi dell'articolo 2359 c.c. da parte di amministrazioni pubbliche, oppure gli enti nei quali siano  
riconosciuti alle pubbliche amministrazioni, anche in assenza di una partecipazione azionaria, poteri di nomina dei vertici o dei componenti degli  
organi;

- di avere svolto incarichi e/o ricoperto cariche, nei due anni precedenti, in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale (art. 5 Capo III del D.Lgs. n. 39/2013) relativamente alle cariche e/o incarichi seguenti:

CARICA/INCARICO RICOPERTO	ENTE

- che sussistono la/le seguente/i cause di inconferibilità ai sensi dell'art. 8 Capo IV del D.Lgs. n. 39/2013:


- che sussistono la/le seguente/i causa/e di incompatibilità ai sensi degli artt. 10 Capo V e 14 Capo VI del D.Lgs. n. 39/2013:


Il sottoscritto si impegna a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità di cui all'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 che sarà pubblicata nel sito dell'Assessorato regionale della Salute e a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente, rendendo, se nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Il trattamento dei dati riportati avverrà nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i. D.Lgs. n. 101/18.

I dati forniti saranno trattati secondo le vigenti disposizioni di legge per le sole finalità del procedimento per il quale sono richiesti ed utilizzati esclusivamente per tali scopi



Trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n.196/03 e s.m.i. D.Lgs. n. 101/18.

Il sottoscritto dichiara di essere informato e dà il proprio consenso al trattamento dei dati forniti con la presente dichiarazione per le finalità di cui al D.Lgs. n. 39/2013, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. D.Lgs. n. 101/18.

PALERMO, il 21.08.2019

In fede  
Abdo Gobranu Danno

(allegare fotocopia del documento d'identità in corso di validità)

**AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA-CERVELLO**  
**VIALE STRASBURGO, 233 - 90146 PALERMO**  
**P. IVA/C.F. 05841780827**

MESE NOVEMBRE 2019	TIPO CEDOLINO NORMALE	SEDE SERVIZIO VIALE STRASBURGO	UNITA' OPERATIVA DIREZIONE SANITARIA			
MATRICOLA 17113	COGNOME E NOME RIZZO AROLDI GABRIELE		DATA INIZIO RAPPORTO 24/06/2019	DATA FINE RAPPORTO 23/06/2022		
POSIZIONE ECONOMICA	QUALIFICA DIRETTORE SANITARIO	CODICE FISCALE RZZR0658C30B429E		POSIZIONE INAIL		
VOCE	DESCRIZIONE	ORE-GG-M-4	DATO BASE	COMPETENZE	RITENUTE	
02930 BASE	Indennita di carica direttori	30,00		9.640,53		
10200 BASE	Imponibile IRPEF al lordo deduzioni		8.503,67			
11020 BASE	Ritenuta CPS dipendente	8,85	9.640,53		853,19	
11027 BASE	Ritenuta CPS dipendente 1% aggiuntivo	1,00	9.640,53		57,12	
11040 BASE	Ritenuta INADELFP TFS dipendente	2,00	9.640,53		192,81	
11150 BASE	Fondo di credito CPS	0,35	9.640,53		33,74	
11200 BASE	Ritenuta IRPEF al lordo detrazioni	43,00	3.131,19			
11210 BASE	Ritenuta IRPEF netta				3.131,19	
IRPEF ANNO CORRENTE			ARROTONDAMENTO	TOT. COMPETENZE	TOT. RITENUTE	
IMPONIBILE LORDO 44.515,87	RITENUTA 16.128,62	DETRAZIONI 20,51		9.640,53	4.268,05	
MODALITA' DI PAGAMENTO					NETTO	
Bonifico IBAN IT-03-I-08952-04600-000000181262 BANCA DI CREDITO COOPERATIVO "G. TONIOLO" DI SAN CATALDO (CL)					Agenzi: 5.372,48	