



Autorità Nazionale Anticorruzione

**Alla Segreteria Generale
del Comune di Lissone**

Modello di dichiarazione della situazione patrimoniale dei titolari di incarichi politici - art. 14 d.lgs. 33/2013

I	
NOME FELICIA GRAZIA	COGNOME SCAFFINI

Dichiara di possedere quanto segue

II				
BENI IMMOBILI (TERRENI E FABBRICATI)				
Natura del diritto (a)	Tipologia (indicare se fabbricato o terreno)	Quota di titolarità %	Italia/Estero	

a) Specificare se trattasi di proprietà, comproprietà, superficie, enfiteusi, usufrutto, uso, abitazione

III		
BENI MOBILI ISCRITTI IN PUBBLICI REGISTRI		
Tipologia – Indicare se Autovetture, aeromobile, imbarcazione da diporto	CV fiscali	Anno di immatricolazione

IV			
AZIONI E QUOTE DI PARTECIPAZIONE IN SOCIETA'			
Denominazione della società (anche estera)	Tipologia (indicare se si posseggono quote o azioni)	n. di azioni	n. di quote



Autorità Nazionale Anticorruzione

V	
ESERCIZIO DI FUNZIONI DI AMMINISTRATORE O DI SINDACO DI SOCIETÀ	
Denominazione della società (anche estera)	Natura dell'incarico

VI	
TITOLARITA' DI IMPRESE	
Denominazione dell'impresa	Qualifica

Sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero.

Data

2/11/22

Firma del dichiarante

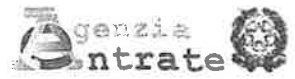
Soffoli L. L.

*** Il presente modello è utilizzabile anche dal coniuge non separato e dai parenti entro il secondo grado.**

3

MODELLO 730/2022

Redditi 2021



Mod. N. 001

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

CODICE FISCALE DEL CONTRIBUENTE (obbligatorio) **SCFFCG** **Soggetto fiscalmente a carico di altri** **730 integrativo** **730 senza sostituto** **Situazioni particolari** **Quadro K** **CODICE FISCALE** (rappresentante o tutore o erede)

DATI DEL CONTRIBUENTE **COGNOME** (per le donne indicare il cognome da nubile) **SCAFFIDI** **NOME** **FELICIA GRAZIA** **SESSO** (M o F) **F**

DATA DI NASCITA **GIORNO** **MESE** **ANNO** **COMUNE** (o Stato estero) **DI NASCITA** **PROVINCIA** (sigla) **TUTELATO/A RAPPRESENTATO/A MINORE** **DECEDUTO/A** **MB** **PROVINCIA** (sigla) **C.A.P.**

RESIDENZA ANAGRAFICA **COMUNE** **TIPOLOGIA** (Via, piazza, ecc.) **INDIRIZZO** **NUM. CIVICO**

Da compilare solo se variata dal 1/1/2021 alla data di presentazione della dichiarazione **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 01/01/2021 **COMUNE** **LISSONE - E617** **PROVINCIA** (sigla) **FUSIONE COMUNI** **MB** **Casi particolari add. 1a regionale**

DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2022 **COMUNE** **PROVINCIA** (sigla) **FUSIONE COMUNI**

FAMILIARI A CARICO

BARRARE LA CASELLA	CODICE FISCALE	MESI A CARICO	MINORE DI 3 ANNI	%	DETRAZIONE 100% AFFIDAMENTO FIGLI	
	(Il codice del coniuge va indicato anche se non fiscalmente a carico)	5	(mesi a carico)			
C = Coniuge						PERCENTUALE ULTERIORE DETRAZIONE PER FAMIGLIE CON ALMENO 4 FIGLI
F1 = Primo figlio						
F = Figlio						
A = Altro						
D = Figlio con disabilità						
1 <input checked="" type="checkbox"/> C CONIUGE						NUMERO FIGLI IN AFFIDOPREADOTTIVO A CARICO DEL CONTRIBUENTE
2 <input type="checkbox"/> F1 PRIMO FIGLIO <input type="checkbox"/> D						
3 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D						
4 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D						
5 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D						

DATI DEL SOSTITUTO D'IMPOSTA CHE EFFETTUERA IL CONGUAGLIO *Denominazione coniugata: 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 001 **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
SCAFFIDI FELICIA GRAZIA

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

QUADRO A - Redditi dei terreni

N. ORD.	REDDITO DOMINICALE	TITOLO	REDDITO AGRARIO	POSSESSO		CANONE DI AFFITTO IN REGIME VINCOLISTICO	CASI PARTICOLARI	CONTINUAZIONE (stesso terreno rigo precedente)	IMU NON DOVUTA	COLTIVATORE DIRETTO O IAP
				GIORNI	%					
A1	,00		,00			,00				
A2	,00		,00			,00				
A3	,00		,00			,00				
A4	,00		,00			,00				
A5	,00		,00			,00				
A6	,00		,00			,00				

58459/229991-B

SCAFFIDI FELICIA GRAZIA

