MODULARIO
F. Imposte 772

Mod. **EP - I/1**

DOMANDA DI ESENZIONE DALL'IMPOSIZIONE ITALIANA SULLE PENSIONI E/O SULLE ALTRE REMUNERAZIONI ANALOGHE

APPLICATION FORM TO CLAIM THE EXEMPTION FROM THE ITALIAN PAY AS YOU EARN AS APPLIED TO PENSIONS AND / OR OTHER SIMILAR REMUNERATIONS

MODULO DA COMPILARE SECONDO LE NOTE ILLUSTRATIVE PER:
FORMTO BE FILLED IN ACCORDING TO THE GIVEN INSTRUCTIONS FOR:

☐ - L'ENTE O L'ISTITUTO EROGANTE ITALIANO
- THE ITALIAN PAYING BODY OR INSTITUTION

☐ - L'AMMINISTRAZIONE FISCALE DELLO STATO DI RESIDENZA
- THE FISCAL ADMINISTRATION OF THE COUNTRY OF RESIDENCE

☐ - IL CONTRIBUENTE
- THE TAXPAYER

Art. _____ della Convenzione tra l'Italia e _____ per evitare le doppie imposizioni
Art. of the Convention between Italy and in order to avoid double taxation

in materia di imposte dirette firmata a _____ il _____
as regards direct taxation signed in on

BENEFICIARIO - *BENEFICIARY*

Cognome _____ Nome _____ Sesso (M o F) _____
Familiy Name Given Name Sex (M or F)

Codice Fiscale in Italia **(1)** _____
Fiscal code in Italy

Data e luogo di nascita _____ / _____
Date and place of birth

Domicilio _____
Address (indrizzo completo - full address)

Rappresentante legale **(2)** _____
Legal representative

ENTE OD ISTITUTO CHE EROGA LA PENSIONE E/O L'ANALOGA REMUNERAZIONE - *BODY OR INSTITUTION PAYING THE PENSION AND / OR SIMILAR REMUNERATION*

Denominazione *Name* ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA LAVORATORI DELLO SPETTACOLO (E.N.P.A.L.S)
Viale Regina Margherita 206 - 00198 Roma

Codice fiscale **(3)** *Fiscal code* 02796270581

ESTREMI DI IDENTIFICAZIONE DELLA PENSIONE - *NUMBER AND TYPE OF PENSION (4)*

_____

_____

_____

ESTREMI DI IDENTIFICAZIONE E NATURA DELL'ANALOGA REMUNERAZI0NE - *RELEVANT DETAILS TO IDENTIFY ANY OTHER SIMILAR REMUNERATION* (4)

_____

_____

_____

(1) Indicare se attribuito. Se non ancora attribuito vedere punto n. 2 delle NOTE ILLUSTRATIVE e compilare la delega in calce al presente foglio.
*Indicate the fiscal code if assigned. If not yet assigned, look at point **n. 2 in** the EXPLANATORY NOTES and fill in the form to give power of attorney, here at foot of this page.*

(2) Indicare, qualora esistente, le generalità e l'indirizzo completo del rappresentante legale.
Indicate, if there is a legal representative, his/her personal information and address.

(3) Indicare se conosciuto.
Indicate if known.

(4) Se il beneficiario è titolare di più pensioni e/o remunerazioni analoghe erogate dal medesimo Ente o Istituto previdenziale, indicare gli estremi di ciascuna di esse.
If the beneficiary receives more than one pension and/or similar remuneration paid by the same Body or Social Security Institution, indicate the relevant details of each of them.

Il sottoscritto _____ / _____
(cognome) (nome)

nato a _____ il _____

D E L E G A

Il summenzionato ENTE che eroga la pensione e/o l'analoga remunerazione a **chiedere,** a suo nome e per suo conto, all'ufficio competente dell'Amministrazione delle Finanze, **l'attribuzione del proprio codice fiscale.**

li _____ firma _____

DICHIARAZIONE DEL BENEFICIARIO (O DEL SUO RAPPRESENTANTE)
THE DECLARATION OF BENEFICIARY (OR HIS / HER REPRESENTATIVE)

Il sottoscritto _____ / _____
The undersigned (cognome - *familiy name*) (*nome - given name*)

in qualità di ✯ Beneficiario / Rappresentante legale del Sig. _____
as *Beneficiary* / *Legal representative* *of Mr.*

D I C H I A R A - *D E C L A R E S*

- di essere residente - *to reside* / che questi è residente - *that this person is residing* ✯ in _____ / *in* ai sensi dell'Art. _____ della Convenzione / *according to Art.* *of the Convention*

  citata nella domanda di esenzione di cui la presente dichiarazione costituisce parte integrante;
  mentioned in the exemption application form of which this declaration is an integrant part;

- di avere acquisito la residenza - *to have been residing* / che questi ha acquisito la residenza - *that this person has been residing* ✯ in tale Stato dal _____ / _____ / _____ / *in this State since* (giorno - *day*) (mese - *month*) (*anno - year*)

- di essere - *to be* / che questi è - *that this person is* ✯ assoggettabile secondo la legislazione fiscale vigente in _____ / *subduable, under the fiscal law in force in*
  (indicare lo Stato di residenza - *indicate the State of residence*)

  alle imposte ivi generalmente applicabili a causa della sua residenza in detto Stato;
  to the taxes being generally applicable, due to his/her residence in the abovementioned State;

- che i dati contenuti nella presente domanda sono esatti;
  that the information provided in this application is true and complete;

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ente o Istituto che eroga la pensione e/o le altre remunerazioni analoghe il trasferimento in altro Stato della residenza come sopraindicata.
  to undertake to promptly notify the Body or the Institution paying the pension and / or other similar remunerations, about any change of residence to any other State.

_____
Firma del Beneficiario o del Rappresentante legale
Signature of the Beneficiary or of his/her legal Representative

✯ Barrare l'ipotesi che non ricorre - *Cross out what doesn't apply*

ATTESTAZIONE DELL'AUTORITA' FISCALE _____

Si attesta che il suindicato beneficiario è residente in _____

_____

ai sensi dell'art. _____ della vigente Convenzione tra l'Italia e _____

_____ e che le

dichiarazioni rilasciate dal Beneficiario / suo Rappresentante sono esatte per quanto risulta

all'Amministrazione fiscale _____

la quale terrà conto degli elementi indicati nella presente domanda ai fini dell'imposi-

zione.

Luogo e data Timbro dell'Ufiicio e firma

_____ _____ _____

FISCAL AUTHORITY'S STATEMENT _____

We certify that the above-mentioned beneficiary resides in _____

_____

according to art. _____ *of the Convention in force between Italy and* _____

_____ *and that,*

to the best of the fiscal Administration knowledge and belief, who will take into

consideration the information indicated in this application form for the purposes

of taxation, the information provided by the Beneficiary / his/her legal Representative is true and

complete.

Place and date *Official stamp and signature*

_____ _____ _____

NOTE ILLUSTRATIVE

1. Il presente modulo costituisce istanza per chiedere la non effettuazione della ritenuta alla fonte dell'imposta Italiana da operare sulle pensioni e/od altre remunerazioni analoghe percepite da residenti in Stati con i quali l'Italia ha stipulato Convenzioni per evitare le doppie imposizioni materia di imposte dirette, le quali prevedono la tassazione esclusiva nei Paese di residenza del beneficiario

Il modulo deve essere compilato in 2 copie (oltre 1 ad uso del beneficiando ei redditi), secondo le indicazioni in esso contenute, e ciascuna copia deve essere debitamente datata e sottoscritta.

Il modulo deve essere compilato in relazione a redditi erogati da ogni singolo Ente che abbia sede in Italia; nel caso di più redditi, corrisposti da Enti italiani diversi, dovranno essere compilati separati moduli, ciascuno con riguardo ad ogni Ente.

Il modulo deve essere presentato alla competente Autorità fiscale dello Stato di residenza, la quale, dopo aver effettuato gli opportuni controlli, provvede ad apporre la richiesta **attestazione** restituendo all'interessato una copia e trattenendo agli atti l'altra copia.

Il beneficiario(o il suo rappresentante legale) provvede a far pervenire il modulo restituito (contenente l'attestazione di residenza fiscale)all'**Ente italiano che eroga** la pensione e /o la remunerazione.

Per motivi operativi il modulo deve pervenire all'Ente erogante non oltre il 15 novembre dell'anno relativamente al quale si richiede la non effettuazione della ritenuta. Le istanze pervenute oltre tale data produrranno il loro effetto a decorrere dall'anno successivo.

2. Il beneficiario cui non è stato ancora attribuito il codice fiscale in Italia , può delegare l'Ente erogante a richiederlo, in suo nome e per suo conto,all'amministrazione finanziaria compilando l'apposito riquadro in calce al modulo.

3. **Si richiama l'attenzione sulla necessità che qualsiasi variazione riguardante i dati riportati nel presente modulo, in particolare per quanto attiene lo stato di residenza del beneficiario deve essere tempestivamente comunicata all'Ente**.

4. Si ricorda che per il rimborso dell'imposta italiana riferita ad anni precedenti (entro il termine di decadenza di 48 mesi dalla data di prelievo dell'imposta) deve essere redatta apposita domanda (contenente l'attestazione di residenza fiscale) da indirizzare a:

Centro Operativo dell'Agenzia delle Entrate di Pescara
Via Rio Sparto 21
65100 Pescara

EXPLANATORY NOTES

1. This is the application form to claim the exemption from the Italian pay as you earn as applied to pensions and/or other similarr emunerations earnedf rom people residing in those Countries Italy has signeda greements with in order to avoid double direct taxation: such agreements providef or taxes to be paid only in the beneficiary's Country of residence.

The form has to be filled in following the given instructions,i n duplicate(plus one copy to be kept by the applicant), and each copy has to be duly dated and signed.

The applicationf orm has to be filled in with all details related to any income/remuneration paid by every singlel talian Institution. In case of more than one income paid by different Italian Institutions, separate application forms shall be filled in, each of them with respect to the specific Institution'

The application form has to be sent in to the Competent Fiscal Authority of the Country of Residence which, after the relevant controls, certifies the form for acceptance, files it in and returns a copy to the applicant. The beneficiary (or his/her legal representative) shallf orwardt he copy he/she was returned (includingt he relevant certificate of fiscal residence) to the competent Italian Body that Pays the pension and/or the remuneration.

For processing reasons,t he form has to reach the competent Italian Body, no later than November1 5thf or the year the exemption being claimed is related to. Any forms received after the said deadline will produce the relevant effects starting from the following Year.

2. The beneficiary who has not yet been attributed any fiscal code in Italy can mandatet he paying institution to ask for it, in his/her name and on his/her behalf, to the FinanciaAl dministration office by filling in the space provided at foot of the application form.

3. Please note that any change that might occur with respect to data and/or information reported in this form, particularly with regards to the beneficiary's Country of residence, has to be promptly notified to the Italian Body.

4. Please be remindedt hat any claimf or reimbursemen otf the Italiani ncomet ax paidf or the previous years shall be put in (within the expiry date of 48 months following the date of the relevant tax deduction) by filling in the appropriatef orm (therewith enclosingt he certificationo f fiscal residence)a nd sent to:

Centro Operativo dell'Agenzia delle Entrate di Pescara
Via Rio Sparto 21
65100 Pescara