

Додаток
до Порядку підтвердження статусу
податкового резидента України
для уникнення подвійного оподаткування
відповідно до норм міжнародних договорів
(пункт 2)

ЗАЯВА
про підтвердження резидентського статусу
для уникнення подвійного оподаткування

Найменування контролюючого органу, до якого подається заява

ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ДПС У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Організаційно-правова форма та найменування для юридичної особи/прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) для фізичних осіб (українською та англійською мовами)

КАСОНІ ДЖОВАННІ (CASONI GIOVANNI)

Податковий номер/
серія (за наявності) та номер паспорта*

Місцезнаходження / місце проживання

М. ТЕРНОПІЛЬ ВУЛЬБОЙКІВСЬКА 12/69

Громадянство (для фізичних осіб)

УКРАЇНА

Прошу:

1) видати довідку за _____ рік для уникнення подвійного оподаткування між Україною і

_____ (назва країни)

Підстава для визначення статусу резидента України для уникнення подвійного оподаткування (необхідне зазначити):

в реєстрації в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань або в Державному реєстрі фізичних осіб - платників податків;

тісні особисті чи економічні зв'язки (центр життєвих інтересів) в Україні;

має місце постійного проживання в Україні;

перебуває в Україні не менше 183 днів (включно з днями приїзду та від'їзду) протягом періоду або періодів податкового року;

інше _____;

2) підтвердити статус податкового резидента України на документах за спеціальною формою, затвердженою іноземним компетентним органом

REPUBBLICA ITALIANA

(назва країни)

Форма надання довідки: електронна; паперова

* Серія (за наявності) та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті)

Керівник (уповноважена особа)/
фізична особа (законний представник)

✓
(підпис)

КАСОНІ ДЖОВАННІ
(власне ім'я та ПРІЗВИЩЕ)

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

Il sottoscritto
The undersigned

CASONI
(cognome - family name)

I GIOVANNI
(nome - given name)

in qualità di Beneficiario Rappresentante legale del Sig.
as Beneficiary Legal representative of Mr.

DICHIARA - DECLARES

di essere residente - to reside in **UCRAINA** ai sensi dell'Art. della Convenzione
 che questi è residente - that this person is residing in 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 in tale Stato dal **17** **04** **2024**
 che questi ha acquisito la residenza - that this person has been residing in this State since (giorno - day) (mese - month) (anno - year)

di essere - to be assoggettabile secondo la legislazione fiscale vigente in **UCRAINA**
 che questi è - that this person is 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.

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

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

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 sono esatte per quanto risulta
 suo Rappresentante

all'Amministrazione fiscale

la quale terrà conto degli elementi indicati nella presente domanda ai fini dell'imposizione.
 zione.

Luogo e data

Timbro dell'Ufficio 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 is true and
 his/her legal Representative

complete.

Place and date

Official stamp and signature

MODULO DA COMPILARE SECONDO LE NOTE ILL
FORM TO BE FILLED IN ACCORDING TO THE GIVEN INSTRUCTIONS

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

- 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
Art. of the Convention between Italy and

per evitare le doppie imposizioni
in order to avoid double taxation

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

il
on

BENEFICIARIO - BENEFICIARY

Cognome
Family Name

CASONI

Nome
Given Name

GIOVANNI

Sesso (M o F)
Sex (M or F)

M

Codice Fiscale in Italia (1)
Fiscal code in Italy

CSNGNN56M26C251K

Data e luogo di nascita
Date and place of birth

24/08/1954 / CASTELRAIMONDO

Domicilio
Address

VIA A. OROBONI 101, CIVITANOVA MARCHE (MC) 62012
(indirizzo 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

ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Codice fiscale (3)
Fiscal code

80078750587

Sede INPS
INPS office

(indirizzo completo - full address)

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

PENSIONE Vocom n. 36031057

ESTREMI DI IDENTIFICAZIONE E NATURA DELL'ANALOGA REMUNERAZIONE - 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 the

Il sottoscritto

(cognome)

(nome)

nato a

il

DELEGA

Il summenzionato ISTITUTO od ENTE che eroga la pensione e/o l'analogo 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

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 in materia di imposte dirette le quali prevedono la tassazione esclusiva nel Paese di residenza del beneficiario.

Il modulo deve essere compilato in 2 copie (oltre 1 ad uso del beneficiario dei 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 (od il suo rappresentante legale) provvede a far pervenire, in originale tramite posta ordinaria, il **modulo restituito** (contenente l'attestazione di residenza fiscale) alla **Sede INPS od Ente italiano che eroga la pensione** e/o la remunerazione.

Per motivi operativi il modulo deve pervenire alla **Sede INPS o Ente erogante non oltre il 30 settembre** 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 necessita' 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 alla Sede INPS o all'Ente erogante.**
- 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 similar remunerations earned from people residing in those Countries Italy has signed agreements with in order to avoid double direct taxation: such agreements provide for taxes to be paid only in the beneficiary's Country of residence.

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

The application form has to be filled in with all details related to any income/remuneration paid by every single Italian 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 for acceptance** the form, files it in and returns a copy to the applicant.

The beneficiary (or his/her legal representative) shall forward by post **the original copy he/she was returned** (including the relevant certificate of fiscal residence) to the competent **INPS's Agency or Italian Institution that pays the pension** and/or the remuneration.

For processing reasons, the form has to reach the competent **INPS's Agency or the paying Institution, no later than September 30th** for 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 mandate the paying Institution to ask for it, in his/her name and on his/her behalf, to the Financial Administration 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 paying INPS's Agency or Institution.

4. Please be reminded that any claim for reimbursement of the Italian income tax paid for 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 appropriate form (therewith enclosing the certification of fiscal residence) and sent to:

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