Ufficio Protocollo

COMUNE DI
SAN NICOLO' D'ARCIDANO
Provincia di Oristano
Piazza della Libertà 1 - 09097
Tel. 0783/88213 – 88051 ◊ Fax 0783/88741
www.comune.sannicolodarcidano.or.it

Spett.le

UFFICIO TRIBUTI

Comune di
San Nicolò D'Arcidano

ISTANZA DI RIMBORSO IMU

art. 1, comma 164-165, della Legge 27/12/2006, n. 296

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. ____ il _____

residente a _____ Prov. ___ in Via_____ n° ___

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| - Tel._____

☐ erede di _____ deceduto/a a _____

il _____ C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

☐ Di essere proprietario, usufruttuario, titolare del diritto d'uso della seguente unità immobiliare, con le eventuali relative pertinenze, adibita ad abitazione principale:

INDIRIZZO	DATI CATASTALI					% POSSESSO	RENDITA CATASTALE	NOTE
	FGL	PART	SUB	CAT	CL			

☐ Di aver usufruito della detrazione per ciascun figlio di età non superiore a 26 anni dimorante abitualmente e residente nell'immobile indicato come abitazione principale, per un totale di N°____ di figli.

CHIEDE

il rimborso dell'Imposta Municipale Propria - IMU ai sensi dell'art. 1 comma 164 della L. 296/2006 per l'anno _____ , per un importo pari ad € _____ per il seguente motivo:

- ☐ Errato conteggio dell'imposta
- ☐ Errata compilazione dei codici tributo e Comune
- ☐ Imposta non dovuta in seguito a successiva variazione aliquota da parte del Comune
- ☐ Altro _____

A tal fine allega:

- Copia modello F24
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità
- Copia frontespizio estratto conto corrente (*solo per rimborsi mediante accredito*)
- Altro _____

TIPOLOGIA DI PAGAMENTO

Il/La sottoscritto/a chiede inoltre che il rimborso sia effettuato:

☐ in contanti presso la Tesoreria Comunale - Banco di Sardegna - Agenzia di San Nicolò D'arcidano - Via Cagliari, 22 - all'intestatario dell'istanza o ad altra persona delegata:

Sig./ra _____ cod. fisc. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ mediante accredito sul conto corrente intestato a _____

Banca / istituto di credito _____

Codice IBAN: IT |__|__| |__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CIN ABI CAB NUMERO CONTO CORRENTE

allegare frontespizio estratto conto

☐ riversamento al competente Comune di _____ mediante accredito sul conto corrente intestato a _____

Banca / istituto di credito _____

Codice IBAN: IT |__|__| |__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CIN ABI CAB NUMERO CONTO CORRENTE

allegare frontespizio estratto conto

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/2003, che i dati personali assunti con la presente dichiarazione saranno trattati dal Comune di San Nicolò D'Arcidano, per le finalità connesse all'erogazione del servizio o della prestazione per cui la dichiarazione stessa viene resa e per gli eventuali adempimenti di competenza e saranno conservati in archivi cartacei ed elettronici nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal suddetto decreto.

San Nicolò D'Arcidano, lì _____

Il/La dichiarante

_____