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 DI IMPOSTE E TASSE COMUNALI

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. _____;

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ Prov. _____ in Via _____ n° ___

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

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ Prov. _____ in Via _____ n° ___

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

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ Prov. _____ in Via _____ n° ___

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

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ Prov. _____ in Via _____ n° ___

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

in qualità di:

☐ legale rappresentante della ditta/società _____

con sede a _____ in Via _____

codice fiscale _____ partita Iva _____

☐ erede di _____ C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nato/a a _____ il _____ e deceduto/a a _____ il _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi,

CHIEDE

il rimborso dei seguenti importi:

tributo	importo in €	per anno	n° Avviso/Cartella

per il seguente motivo: _____

_____

_____

A tal fine allega:

☐ Copia delle ricevute di pagamento

☐ 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 a favore di _____ nato/a a _____ Prov. ____ il _____ residente a _____ Prov. _____ in Via_____ n° __ C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ 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

_____

_____

_____

_____

_____