

Il presente modulo può essere inoltrato come segue:
 - consegna a mano c/o URP piano Terra
 - invio per Pec: comune.castelmaggiore@cert.provincia.bo.it
 - invio per fax al n. 051 – 6386800

IUCRIM

Spett.le **SERVIZIO TRIBUTI**
 CITTÀ DI CASTEL MAGGIORE

RICHIESTA DI RIMBORSO

IO SOTTOSCRITTO _____

NATO/A IL _____ A _____ PROV. _____

RESIDENTE IN _____ PROV. _____ CAP _____

VIA _____ N. _____ INT. _____

TELEFONO ☎ _____ C.F. _____

E-MAIL _____ PEC _____

Per la ditta
 contribuente _____

CON SEDE IN VIA _____ N. _____

A _____ PROV. _____ CAP _____

TELEFONO ☎ _____ C.F. _____

E-MAIL _____ PEC _____

Considerato che ai sensi dell'art. 16 del Regolamento Generale delle Entrate Tributarie " il contribuente può richiedere il rimborso delle somme versate e non dovute entro il termine di cinque anni dal giorno del pagamento".

Visto inoltre il comma 164 art. 1 della Legge Finanziaria 2007 n. 296/06, il quale stabilisce che "il rimborso delle somme versate e non dovute deve essere richiesto dal contribuente entro il termine di cinque anni dal giorno del versamento, ovvero da quello in cui è stato accertato il diritto alla restituzione".

CHIEDO IL RIMBORSO

ICI / IMU / TASI

<input type="checkbox"/> ANNO 2019 - IMU euro	<input type="checkbox"/> ANNO 2018 - IMU euro	<input type="checkbox"/> ANNO 2017 - IMU euro
<input type="checkbox"/> ANNO 2019 - TASI euro	<input type="checkbox"/> ANNO 2018 - TASI euro	<input type="checkbox"/> ANNO 2017 - TASI euro
<input type="checkbox"/> ANNO 2016 - IMU euro	<input type="checkbox"/> ANNO 2015 - IMU euro	<input type="checkbox"/> ANNO 2014 - IMU euro
<input type="checkbox"/> ANNO 2016 - TASI euro	<input type="checkbox"/> ANNO 2015 - TASI euro	<input type="checkbox"/> ANNO 2014 - TASI euro

TARES / TARI

<input type="checkbox"/> ANNO 2019 – TARI euro	<input type="checkbox"/> ANNO 2018 – TARI euro	<input type="checkbox"/> ANNO 2017 – TARI euro
<input type="checkbox"/> ANNO 2016 – TARI euro	<input type="checkbox"/> ANNO 2015 – TARI euro	<input type="checkbox"/> ANNO 2014 – TARI euro

PER IL SEGUENTE MOTIVO:

ALLEGO ALLA PRESENTE:

- COPIA BOLLETTINI / F24 PAGATI
- ALTRO

Il Servizio Tributi in seguito alla verifica della posizione contributiva ed all'eventuale accoglimento dell'istanza, invia al contribuente un provvedimento di rimborso.

MODALITA' DI INCASSO:

- IL SOTTOSCRITTO..... CHIEDE CHE IL PRESENTE RIMBORSO SIA VERSATO TRAMITE **BONIFICO BANCARIO** SUL CONTO CORRENTE INTESTATO A ME MEDESIMO (OPPURE INTESTATO A) AVENTE LE SEGUENTI COORDINATE:

BANCA FILIALE DI
CIN ABI CAB C/C
IBAN

SI PRECISA CHE NON SONO PREVISTE SPESE BANCARIE PER IMPORTI FINO A 1.000,00 EURO.

Dichiaro inoltre che avendo scelto questa modalità di pagamento, sono a conoscenza che le eventuali spese bancarie relative a tale operazione sono a mio carico.

NEL CASO NON VENGA INDICATA DIVERSA MODALITA' DI INCASSO, IL CONTRIBUENTE POTRA' INCASSARE DETTO IMPORTO IN CONTANTI TRAMITE "QUIETANZA DIRETTA", RECANDOSI PRESSO LA TESORERIA DEL COMUNE UNITAMENTE AD UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO, IL CODICE FISCALE E AL PROVVEDIMENTO DI RIMBORSO RICEVUTO.

- IL SOTTOSCRITTO
DELEGA IL SIG./LA SIG.RA
NATO/A A PROV. IL
C.F. AL RITIRO DEL PRESENTE RIMBORSO TRAMITE "QUIETANZA DIRETTA", RECANDOSI PRESSO LA TESORERIA DELL'ENTE.

N.B. In caso di DELEGA, il presente modulo deve necessariamente essere firmato dalla persona intestataria del rimborso, in caso contrario l'Ente procederà al pagamento con "quietanza diretta" e cioè direttamente al soggetto intestatario del rimborso.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e agli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA del dichiarante⁽¹⁾

DATA L'.....

Pro memoria per contribuente:

- (1) la firma non va autenticata;
 - se il presente modello viene presentato direttamente, la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a riceverla.
 - se il presente modello viene trasmesso tramite fax, posta o proprio incaricato, la firma, perché sia ritenuta valida, deve allegare copia fotostatica del proprio documento di riconoscimento.

A cura del funzionario Comunale:

Modalità di identificazione:

Annotazioni:

IL DIPENDENTE ADDETTO

DA COMPILARE E ALLEGARE ALL'ISTANZA
IN CASO DI DECESSO DEL TITOLARE AL RIMBORSO

IUCRIM

Dati del defunto:

IO SOTTOSCRITTO _____
NATO/A IL _____ A _____ PROV. _____
RESIDENTE IN _____ PROV. _____ CAP _____
VIA _____ N. _____ INT. _____
C.F. _____

Dati degli eredi:

IO SOTTOSCRITTO _____
NATO/A IL _____ A _____ PROV. _____
RESIDENTE IN _____ PROV. _____ CAP _____
VIA _____ N. _____ INT. _____
TELEFONO ☎ _____ C.F. _____
E-MAIL _____ PEC _____

IO SOTTOSCRITTO _____
NATO/A IL _____ A _____ PROV. _____
RESIDENTE IN _____ PROV. _____ CAP _____
VIA _____ N. _____ INT. _____
TELEFONO ☎ _____ C.F. _____
E-MAIL _____ PEC _____

IO SOTTOSCRITTO _____
NATO/A IL _____ A _____ PROV. _____
RESIDENTE IN _____ PROV. _____ CAP _____
VIA _____ N. _____ INT. _____
TELEFONO ☎ _____ C.F. _____
E-MAIL _____ PEC _____

IO SOTTOSCRITTO _____
NATO/A IL _____ A _____ PROV. _____
RESIDENTE IN _____ PROV. _____ CAP _____
VIA _____ N. _____ INT. _____
TELEFONO ☎ _____ C.F. _____
E-MAIL _____ PEC _____

I sottoscritti dichiarano di essere gli unici eredi e di autorizzare l'erogazione del rimborso tramite accredito dell'intero importo del rimborso al / alla Sig. / Sig.ra
....., come da modalità di incasso indicate nell'istanza del rimborso stessa.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e agli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATAL'.....	FIRMA del dichiarante ⁽¹⁾ _____
DATAL'.....	FIRMA del dichiarante ⁽¹⁾ _____
DATAL'.....	FIRMA del dichiarante ⁽¹⁾ _____

Pro memoria per contribuente:

- (2) la firma non va autenticata;
 - se il presente modello viene presentato direttamente, la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a riceverla.
 - se il presente modello viene trasmesso tramite fax, posta o proprio incaricato, la firma, perché sia ritenuta valida, deve allegare copia fotostatica del proprio documento di riconoscimento.

A cura del funzionario Comunale:

Modalità di identificazione:

Annotazioni:

.....
IL DIPENDENTE ADDETTO