

COMUNE DI CASTELNUOVO**Servizio Tributi**

P.zza Municipio, 1

38050 CASTELNUOVO (TN)

FAX: 0461/753442

MAIL: tributi@comune.castelnuovo.tn.ittributi@pec.comune.castelnuovo.tn.it**OGGETTO:** Richiesta di RIMBORSO per imposta _____ anno/anni _____.

Il sottoscritto _____ C.F. _____

nato a _____ il _____ residente a _____

prov. _____ cap. _____ in via _____

(se persona giuridica) in qualità di rappresentante legale della Società _____

C.F./P.IVA _____ con sede a _____

prov. _____ cap. _____ in via _____

CHIEDE

➤ a Codesto rispettabile Comune il rimborso della somma di Euro _____
relativa all'imposta _____ anno/i _____ per le seguenti motivazioni:
_____;

➤ che tale somma venga accreditata sul seguente conto corrente (indicare le coordinate IBAN):

CODICE NAZIONALE	CHEK DIGIT	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO
2 lettere	2 cifre	1 lettera	5 cifre	5 cifre	12 caratteri

➤ di comunicare l'avvenuto rimborso al seguenti indirizzo di posta elettronica:

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196, che i dati personali contenuti nel presente modulo saranno trattati unicamente per le finalità inerenti ai procedimenti di competenza di questa Amministrazione.

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, D.P.R. 445/2000, la presente dichiarazione è stata:

sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto;

sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(luogo e data)

(Firma)