

Spett.le
COMUNE DI ZOLA PREDOSA
P.zza della Repubblica 1
40069 ZOLA PREDOSA

alla c.a. Funzionario Responsabile

OGGETTO: Istanza di rimborso TOSAP - ANNO _____

Io sottoscritto _____ nato a _____

il _____ Codice Fiscale _____

residente in _____ Via _____ tel. _____

E-mail _____

In qualità di:

Proprietario o usufruttuario

Erede di _____ Codice Fiscale _____

In caso di più eredi occorre la sottoscrizione dell'istanza da parte di tutti o, in alternativa, occorre allegare delega dei coeredi alla riscossione su c/c del beneficiario indicato, per conto di tutti.

Rappresentante legale della Ditta _____

CF _____ PI _____

Consapevole che il rimborso può essere richiesto entro 5 anni da quando è stato eseguito il pagamento e che è dovuto solo se l'importo a credito risulta superiore ad euro 12,00/anno

PREMESSO CHE

risultano effettuati versamenti in misura superiore al dovuto per i seguenti MOTIVI:

Errore di calcolo come da prospetto allegato

Duplicazione del versamento/Errore nella compilazione della delega

Altro _____

CHIEDO

Il rimborso della somma versata in eccesso, dell'importo di euro _____ oltre agli interessi maturati e maturandi, se e nella misura dovuta.

A supporto della richiesta presentata si allega:

copia del versamento

copia atto di revoca della concessione

CHIEDO INOLTRE

che il rimborso sia effettuato secondo la seguente modalità: *(selezionare una delle seguenti)*

- Accredito bancario o postale

BANCA D'APPOGGIO/POSTALE ITALIANE				AGENZIA/ FILIALE																			
COORD. BANCARIE NAZIONA.LI (IBAN)		CODICE CIN ITALIA		CODICE ABI				CODICE CAB				NUMERO CONTO CORRENTE											
C/C INTESTATO A:																							

ATTENZIONE:- l'eventuale variazione del conto bancario o postale con relative coordinate bancarie, deve essere comunicata **tempestivamente** o via fax al n. 051/6161711 o per posta elettronica all'indirizzo tributi@comune.zolapredosa.bo.it

- Riscossione diretta (per importi fino a 3.000 euro) presso qualsiasi sportello di UNICREDIT BANCA che effettua servizio di tesoreria - con quietanza del/la sig./sig.ra _____ C.F.: _____

- Con compensazione sui versamenti TOSAP da effettuare al Comune medesimo a partire dalla prossima rata del mese di _____ e fino ad esaurimento della somma stessa.

DICHIARO di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali.

In attesa di un riscontro, porgo distinti saluti.

Zola Predosa, _____
