



AL FUNZIONARIO RESPONSABILE
SETTORE ENTRATE

OGGETTO: ISTANZA DI RIMBORSO I.M.U. IMPOSTA MUNICIPALE PROPRIA ANNO: _____

Il/La sottoscritt _____ nat_ il _____

a _____ provincia (_____)

residente a _____ in Via _____ n. _____

codice fiscale _____ telefono _____

richiede il rimborso dell' I.M.U versata in eccedenza per l'anno di imposta _____ in quanto:

Il sottoscritto chiede che l'importo rimborsato gli venga versato con le seguenti modalità :

- Accredito in conto corrente:

Banca: _____

IBAN _____

Il sottoscritto chiede di ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente istanza al recapito seguente, con l'impegno di comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di indirizzo, sollevando l'Amministrazione Comunale da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario:

Recapito Corrispondenza:

Via _____ n. _____

Comune _____ (_____) CAP _____

Documenti allegati:

- Bollettini di versamento (obbligatori);

- _____
- _____
- _____

In relazione a quanto sopra, esprimo il mio consenso, nei casi richiesti dalla Legge n. 196/03, al trattamento dei dati da parte dell'Ente per le sue finalità istituzionali, connesse o strumentali. Esprimo altresì il consenso al trattamento dei dati da parte di persone fisiche o giuridiche che forniscono al suddetto Ente attività di supporto all'esecuzione delle attività o dei servizi connessi alle finalità di cui sopra .

Sottoscrivo la presente denuncia, consapevole delle responsabilità che assumo in caso di dichiarazione mendace ai sensi delle vigenti disposizioni legislative e regolamentari:

Data _____

Firma _____

Sede dell'Ufficio Vicolo del Gallo, 10 – C.A.P. 20092 – Fax 02 66023460

Codice Fiscale 01971350150 – Partita I.V.A. 00727780967

ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO

Mattino: lunedì e venerdì dalle 9 alle 12; mercoledì dalle 9 alle 13 e dalle 14 alle 18,20

martedì e giovedì: CHIUSO