



Comune di Castello di Annone

Provincia di Asti

P.zza Medici del Vascello n. 4, 14034 Castello di Annone (At)

e-mail: ragioneria@comune.castellodiannone.at.it

UFFICIO TRIBUTI

TARIFFA RACCOLTA E SMALTIMENTO RIFIUTI SOLIDI URBANI INTERNI ISTANZA DI RIMBORSO TARI

Il/La sottoscritto/a

DATI DEL CONTRIBUENTE																					
Cognome Se persona fisica	Nome																				
Ragione Sociale Se soggetto diverso da persona fisica																					
Nato a	il <table border="1"><tr><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td></tr><tr><td colspan="3">Giorno</td><td colspan="3">Mese</td><td colspan="4">Anno</td></tr></table>	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	Giorno			Mese			Anno			
__	__	__	__	__	__	__	__	__	__												
Giorno			Mese			Anno															
Comune di Residenza o Sede Legale																					
Indirizzo																					
Codice fiscale/Partita IVA	<table border="1"><tr><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td></tr></table>	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__		
Recapito telefonico	E-mail																				
DATI DEL DENUNCIANTE (se diverso dal contribuente)																					
Cognome	Nome																				
Nato a	il <table border="1"><tr><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td></tr><tr><td colspan="3">Giorno</td><td colspan="3">Mese</td><td colspan="4">Anno</td></tr></table>	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	Giorno			Mese			Anno			
__	__	__	__	__	__	__	__	__	__												
Giorno			Mese			Anno															
Comune di Residenza																					
Indirizzo																					
Codice fiscale	<table border="1"><tr><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td><td>__</td></tr></table>	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__		
Qualifica o natura della carica																					

CHIEDE IL RIMBORSO DELLA MAGGIORE TASSA VERSATA per il seguente motivo

DATA DI VARIAZIONE	MOTIVAZIONE
...../...../.....	<input type="checkbox"/> vendita a
...../...../.....	<input type="checkbox"/> restituzione al proprietario
...../...../.....	<input type="checkbox"/> locali abitativi vuoti a disposizione privi di utenze

...../...../.....	<input type="checkbox"/> abitazione inabitabile o locali non abitativi inagibili (allegare autocertificazione)
...../...../.....	<input type="checkbox"/> locali locati o concessi in comodato d'uso o in leasing immobiliare
...../...../.....	<input type="checkbox"/> cessata occupazione attività
...../...../.....	<input type="checkbox"/> variazione numero di componenti
...../...../.....	<input type="checkbox"/> maggiore superficie dichiarata
...../...../.....	<input type="checkbox"/> pagamento di una delle rate + importo totale
...../...../.....	<input type="checkbox"/> altro

A TAL FINE ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- Copia modelli F24
- Bonifici relativi ai versamenti effettuati
- Copia denuncia di successione
- Copia del contratto di leasing immobiliare
- Copia del contratto di affitto e / o comodato d'uso
- Copia dell'autodichiarazione DOCFA relativa all'accatastamento dei fabbricati oggetto di regolarizzazione
- Copia del contratto di affitto e / o comodato d'uso
-
-
-

SI RICHIEDE ALTRESI' CHE IL RIMBORSO VENGA EFFETTUATO MEDIANTE:

- Accredito sul c/c (bancario/postale) intestato a
- presso l'istituto di credito
- con il seguente (IBAN)

PAESE		CIN EU		CIN	ABI				CAB				CONTO																						

- Accredito diretto al Comune competente di

