TASSA SUI RIFIUTI

DOMANDA DI RIMBORSO

CONTRIBUENTE *(compilare sempre)*

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____/_____/_____ Sesso M F

Domicilio Fiscale_____ C.A.P. _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ C.F. _____

Numero di tel. _____ e-mail _____

DENUNCIANTE *(compilare se diverso dal contribuente)*

Natura carica_____

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____/_____/_____ Sesso M F

Domicilio Fiscale_____ C.A.P._____ Prov. _____

Via _____ n. _____ C.F. _____

Numero di tel. _____ e-mail _____

CHIEDE

*il rimborso del tributo **TARI** per le seguenti motivazioni:*

_____

_____

_____

Tramite:

☐ *Accredito su C/C n°* _____*intestato a* _____

presso la Banca _____

Agenzia di _____ *indirizzo* _____

Codice IBAN																											

☐ *Accredito diretto presso la Tesoreria Comunale* ***(ritiro contanti / solo persone fisiche)***

☐ *Riversamento al competente Comune di* _____

N.B: Per effettuare il rimborso è necessario allegare copia dei versamenti

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati sopra indicati corrispondono al vero, impegnandosi a presentare denuncia nel caso di variazione degli elementi dichiarati.

Porto Torres, _____ Il Denunciante _____

Area organizzazione, programmazione, bilancio, patrimonio, tributi e politiche del personale - Servizio Tributi

Via Ettore Sacchi, 115/B – 07046-Porto Torres (SS)

E-mail: tributi@comune.porto-torres.ss.it