



COMUNE DI LABICO
CITTA METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE
Ufficio Tributi

Il/la sottoscritto/a _____
Nat* a _____ il _____,
residente in _____ via _____ n° _____
Città _____ CAP _____ Telefono _____
codice fiscale _____,

con riferimento al debito di Euro _____
relativo al tributo: _____
Cartella notificata data _____,

comunica di non essere **attualmente** in grado di pagare il debito e/o di non essere in grado di pagare il debito in un'unica soluzione.

Pertanto, per il pagamento della somma di Euro _____

CHIEDE

la rateizzazione del pagamento in n° _____ rate mensili.

Distinti Saluti

Labico,

Firma _____