



AL COMUNE DI MONOPOLI  
SERVIZIO FISCALITA'

## RICHIESTA RIMBORSO/COMPENSAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_  
 indirizzo mail \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
 in qualità di \_\_\_\_\_ del contribuente \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

### CHIEDE

- il RIMBORSO di € \_\_\_\_\_ versati in eccedenza per gli anni \_\_\_\_\_  
 la COMPESANZIONE di € \_\_\_\_\_ versati in eccedenza per gli anni \_\_\_\_\_  
 con il debito di € \_\_\_\_\_ dovuto per gli anni \_\_\_\_\_ (1), (2), (3)

relativo/i a:

- |  |                                |  |
|--|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> IMU           | <input type="checkbox"/> TASI  | <input type="checkbox"/> IMPOSTA DI SOGGIORNO      |
| <input type="checkbox"/> TASSA RIFIUTI | <input type="checkbox"/> TOSAP | <input type="checkbox"/> IMPOSTA SULLA PUBBLICITA' |

Motivo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### MODALITÀ DI RIMBORSO PRESCELTA:

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> <b>CONTANTI</b> (massimo 999,99 euro)<br><input type="checkbox"/> <b>ASSEGNO CIRCOLARE</b><br><input type="checkbox"/> <b>ACCREDITO BANCARIO</b> : CODICE IBAN _____<br>Intestatario conto _____ Codice fiscale _____ |
|--|

1. Nel caso in cui l'istante intenda avvalersi della compensazione, secondo quanto previsto dal Regolamento Generale per la Disciplina delle Entrate, dovrà aver ricevuto dall'ufficio **espressa autorizzazione scritta alla compensazione** rilasciata previo accertamento dell'esistenza del diritto;
2. la compensazione è **consentita solo nell'ambito del medesimo tributo comunale**;
3. la compensazione tra **crediti verso il Comune di Monopoli e debiti verso altri enti NON È CONSENTITA**.



Allega la seguente documentazione:

- Copie versamenti di cui si richiede il rimborso/compensazione
- Fotocopia documento di identità

**PARTE DA COMPILARE SOLO IN CASO DI CONTRIBUENTE DECEDUTO**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto/a ..... C.f. ....  
nato/a a ..... (.....) il ..... consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni mendaci non veritiere, di cui all'art. 75 del citato D.P.R. n.445/2000; sotto la propria personale responsabilità **dichiara che** mio/a ..... nato/a ..... il..... C.f. .... è deceduto/a a ..... il ..... e che eredi legittimi in forza di legge/testamento sono:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

Dichiara altresì che, eccetto i sunnominati, il/la suddetto/a defunto/a non ha lasciato altri aventi diritto alla successione e tra di loro non vi sono inabilitati o interdetti.

Data .....

**IL DICHIARANTE**

.....

I sottoscritti coeredi delegano il sig./sig.ra ..... alla riscossione/compensazione delle somme sopra indicate liberando il Comune di Monopoli da ogni futura pretesa sulle medesime somme:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	FIRMA

**Allegare fotocopia del documento di identità di ciascuno dei coeredi deleganti.**

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali saranno trattati con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento. Responsabile del Trattamento è il Dirigente dell'Area II – Servizi Finanziari e Demografici del Comune di Monopoli.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_