



AL COMUNE DI MONOPOLI
SERVIZIO FISCALITA'

RICHIESTA RIMBORSO/COMPENSAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____ nato/a il _____
a _____ (____) residente a _____ (____) in _____
indirizzo mail _____, PEC _____
recapito telefonico _____, in qualità di _____ del contribuente
_____ nato/a il _____

CHIEDE

- ☐ il RIMBORSO di € _____ versati in eccedenza per gli anni _____
☐ la COMPENSAZIONE di € _____ versati in eccedenza per gli anni _____
con il debito di € _____ dovuto per gli anni _____ (1), (2), (3)

relativo/i a:

☐ IMU

☐ TASI

☐ IMPOSTA DI SOGGIORNO

☐ TASSA RIFIUTI

☐ CANONE UNICO PATRIMONIALE

Motivo: _____

MODALITÀ DI RIMBORSO PRESCELTA:

☐ **CONTANTI** (massimo 999,99 euro)

☐ **ACCREDITO BANCARIO:** CODICE IBAN _____

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
