

	Al Comune di Sonnino	PROT. _____
	Ufficio Tributi	DATA _____

Domanda di discarico della cartella di pagamento o di ingiunzione di pagamento relativo a un tributo

Il sottoscritto										
Cognome			Nome				Codice Fiscale			
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza			
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>
CAP										
domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento										
<i>(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)</i>										
Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica										

<input type="checkbox"/>	in quanto erede o tutore legale di								
<i>(da compilare se il richiedente è erede o tutore legale dell'intestatario del tributo)</i>									
Cognome			Nome				Codice Fiscale		
_____			_____				_____		
pertanto allega documentazione attestante il titolo di erede o tutore legale dell'intestatario del tributo									

avendo ricevuto la notifica della cartella di pagamento o dell'ingiunzione di pagamento									
Numero					Data				
_____					_____				
Importo previsto									
_____	€								

in relazione al tributo									
Tipo di tributo									

CHIEDE

<input type="radio"/>	il discarico totale								
<input type="radio"/>	il discarico parziale per un importo pari a								
Importo richiesto									

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza - <http://www.comune.sonnino.latina.it/s/content/01496200591/1588873324.9983>

Eventuali annotazioni

SONNINO

Luogo

Data

Il dichiarante