

	<b>Al Comune di Sonnino</b>  <b>Ufficio Tributi</b>	PROT. _____
		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	CAP
							<input type="checkbox"/>	

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**  
(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)  
 Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**in quanto erede o tutore legale di**  
(da compilare se il richiedente è erede o tutore legale dell'intestatario del tributo)

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

il discarico totale

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