

IMPOSTA DI SOGGIORNO - I.D.S. – RICHIESTA DI RIMBORSO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____ PROV. ____
IL ___/___/___ RESIDENTE A _____ PROV. ____ VIA/PIAZZA _____
_____ N. _____ CAP _____ TEL. _____ CELL. _____
FAX _____ E-MAIL _____

CODICE FISCALE																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE DI _____

PARTITA IVA C.F.																			
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CON SEDE LEGALE IN _____ PROV. ____ VIA/PIAZZA _____ N. ____
CON RIFERIMENTO ALLA STRUTTURA RICETTIVA _____
UBICATA IN _____ VIA/PIAZZA _____ N. ____
CLASSE ALBERGHIERA _____ TIPOLOGIA EXTRA-ALBERGHIERA _____

ai sensi dell'art. 11 del regolamento dell'I.D.S. del Comune di Medicina, approvato con deliberazione di C.C. n. 35 del 25/03/2015

DICHIARA

CHE IN DATA _____ HA EFFETTUATO IL VERSAMENTO DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO IN ECCEDEXENZA RISPETTO AL DOVUTO POICHE':

- HA PRESENTATO DICHIARAZIONE ERRATA E A TAL FINE PROVVEDE A PRESENTARE NUOVA DICHIARAZIONE ALLEGATA ALLA PRESENTE;
- HA EFFETTUATO UN VERSAMENTO MAGGIORE RISPETTO A QUANTO INDICATO NELLA DICHIARAZIONE RELATIVA AL TRIMESTRE _____ DELL'ANNO _____;

CHIEDE

IL RIMBORSO DI € _____ DA ACCREDITARE SUL CONTO CORRENTE INTESTATO A _____
_____ IBAN ° _____

LUOGO E DATA _____ FIRMA _____

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

La richiesta di rimborso sarà trasmessa con una delle seguenti modalità:

- ▶ e-mail entrate@comune.medicina.bo.it
- ▶ PEC comune.medicina@cert.provincia.bo.it
- ▶ Fax 051 6979222

▶ racc. a.r. o consegna a mani all' Ufficio Tributi Associato sede di Medicina Via Libertà 103 : lunedì-mercoledì-giovedì-venerdì-sabato 8,15-12,00 ; martedì 15,00-17,45.