

Ufficio Tributi associato

Sede Operativa Area Ovest

Comune di Castel Guelfo di Bologna

Via Gramsci 10 – 40023 Castel Guelfo di Bologna

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 Castel Guelfo di Bologna, approvato con deliberazione di C.C. n. 10 del 26.03.2015

DICHIARA

CHE IN DATA _____ HA EFFETTUATO IL VERSAMENTO DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO IN ECCEDEXA 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 tributi@castelguelfo.provincia.bologna.it

▶ PEC comune.castelguelfo@cert.provincia.bo.it

▶ Fax 0542.639217

▶ racc. a.r. o consegna a mani all' Ufficio Tributi Associato sede di Castel Guelfo di Bologna Via Gramsci n° 10 : lunedì-mercoledì-venerdì 8,30-13,00.