Nuovo Circondario Imolese

Ufficio Tributi Associato
Sede Operativa Area Ovest

Comune di Castel San Pietro Terme

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 San Pietro Terme, approvato con deliberazione di C.C. n. 35 del 31/03/2015

DICHIARA

CHE IN DATA _____ HA EFFETTUATO IL VERSAMENTO DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO IN ECCEDENZA 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@cspietro.it*
- ►*PEC comune.castelsanpietro@cert.provincia.bo.it*
- ►*Fax 051 6954261*
- ►*racc. a.r. o consegna a mani all' Ufficio Tributi Associato sede di Castel San Pietro Terme Piazza XX Settembre : lunedì-mercoledì-venerdì-sabato 8,30-12,30 ; giovedì 15,00-17,45.*