Ufficio Tributi associato
Sede Operativa Area Ovest
Comune di Medicina
Via Libertà, 103 – 40059 Medicina

☐ Al Comune di Medicina
Servizio Tributi Associato NCI – Polo Ovest

OGGETTO: RICHIESTA DI RIMBORSO ICI

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

c.f. _____

residente in _____

via/piazza _____

recapito telefonico _____e-mail _____

C H I E D E

il rimborso dell'imposta ICI versata in eccedenza:

ANNO	IMPOSTA PAGATA	IMPOSTA DOVUTA	RIMBORSO

per le seguenti ragioni:

_____

_____

_____

In fede. Lì, _____ (Firma) _____

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI: I dati personali contenuti nel seguente modello verranno utilizzati dall'Ufficio Tributi Associato del Nuovo Circondario Imolese, per l'aggiornamento delle proprie banche dati fiscali e trattati con l'ausilio di mezzi informatici. Tutte le operazioni sui dati saranno effettuate nel rispetto delle disposizioni di cui alla L. 31/12/1996 n. 675 e ss.mm.