



Ufficio Tributi Associato
Sede Operativa Area Est

Comune di Imola

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 Imola, approvato con deliberazione di C.C. n. 31 del 25/02/2015

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 tributi.imola@nuovocircondarioimolese.it
- ▶ PEC comune.imola@cert.provincia.bo.it
- ▶ Fax 0542 60 23 40
- ▶ racc. a.r. o consegna a mani all' Ufficio Tributi Associato sede di Imola Via Cogne n.2 : martedì 8,30/18,00 orario continuato - giovedì 8,30-13,00 e 15,00/17,00.