

RICHIESTA DI RATEIZZAZIONE

(Artt. 796-797 e segg., Legge n. 160/2019)

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
c.f. _____
residente in _____
via/piazza _____
recapito telefonico _____ e-mail _____

in proprio (persone fisiche);

in qualità di

.....

del/della..... codice fiscale.....

C H I E D E

La **dilazione** delle somme indicate nei seguenti avvisi di accertamento esecutivi:

n. del n. del

n. del n. del

per un importo complessivo di euro

Trattandosi di somme dovute a titolo di.....ricadenti nel valore:

fino a euro 100,00 nessuna rateizzazione;

da euro 200,01 a euro 500,00: fino a tre rate mensili;

da euro 500,01 a euro 1000,00: fino a sei rate mensili;

da euro 1.000,01 a euro 2.000,00: fino a dodici mensili;

da euro 2000,01 a euro 4.000,00: fino a diciotto rate mensili;

da euro 4.000,01 a euro 6.000,00: fino a ventiquattro rate mensili;

oltre 6.000,01 fino a trentasei rate mensili.

N.B.: L'importo minimo di ciascuna rata non può essere inferiore a Euro 100,00

secondo un piano di rateizzazione in rate; (indicare minimo 2 rate)

Solo per le rateizzazione di Importo superiore a 2.000,01:

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso decreto (in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi):

che lo/la stesso/a si trova in una **temporanea situazione di obiettiva difficoltà economica – specificare di seguito i motivi:**

- situazione lavorativa attuale:

.....

- saldo al 31/12 dell'anno precedente e giacenza media annua c/c bancari, postali intestati:

.....

.....

- altri motivi:

.....

.....

.....

che non è stato depositato un accordo di ristrutturazione (art. 182-bis R.D. n. 267/1942 – Legge fallimentare), oppure un'istanza di transazione fiscale ai sensi dell'art. 182-ter della Legge fallimentare, oppure una domanda di concordato preventivo (art. 161 – Legge fallimentare) oppure una proposta di accordo o di piano per la composizione della crisi da sovraindebitamento (artt. 6 e seguenti della Legge n. 3/2012).

Il Funzionario Responsabile competente può eccezionalmente consentire, su richiesta dell'interessato debitore in comprovate difficoltà di ordine economico, la rateazione del pagamento del debito tributario per un periodo di rateizzazione superiore a quanto indicato al comma 1, e comunque fino ad un numero massimo di settantadue rate mensili, previa applicazione ad ogni singola rata della frazione di interesse moratorio vigente al momento del provvedimento di concessione, calcolato con riferimento all'intero periodo di rateazione.

Relativamente al trattamento consentito dei dati personali conferiti con questa richiesta e con i relativi allegati, il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati e di accettarne i contenuti.

Luogo e data.....

Firma

N.B. Alla presente occorre allegare copia del documento di identità del dichiarante.

COME E DOVE PRESENTARE LA RICHIESTA:

VIA MAIL AL SEGUENTE INDIRIZZO: entrate@comune.medicina.bo.it;

VIA PEC ALL'INDIRIZZO ISTITUZIONALE DEL COMUNE: comune.medicina@cert.provincia.bo.it

A MANO ALL'UFFICIO URP DEL COMUNE DI MEDICINA

**A MEZZO SERVIZIO POSTALE INVIANDOLO AL: COMUNE DI MEDICINA
UFFICIO TRIBUTI ASSOCIATO
Via Libertà 103 - 40059 Medicina**