Ufficio Tributi Associato
Sede Operativa Area Ovest
Comune di Medicina
Via Libertà 103 - 40059 Medicina

Domanda di rimborso **T.A.R.E.S. 2013**

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

In qualità di:
- ○ Occupante
- ○ Erede di _____ Cod. Fisc. _____
  Deceduto il _____
- ○ Rappresentante legale della Ditta _____
  P.Iva _____
- ○ Altro titolo (specificare) _____

Chiede il rimborso TARES – per un assegno HERA non riscosso nei termini
Per un importo di € _____

Per i seguenti MOTIVI:
- ○ Decorrenza dei termini
- ○ Trasferimento residenza in _____ Via _____
- ○ Altro _____

_____

Relativamente ai seguenti immobili:

_____
_____
_____

CHIEDE CHE IL RIMBORSO AVVENGA CON:

○ Accredito sul c/c bancario/postale intestato al richiedente

CODICE IBAN

I	T																									

○ Incasso c/o Tesoreria Comunale - CASSA DI RISPARMIO DI RAVENNA SPA – Filiale di Medicina – Piazza Garibaldi n. 40

Data _____ FIRMA _____