



COMUNE DI MASSA

Settore Tributi – Attività Estrattive - Risorse Umane

Via Porta Fabbrica, 1 – 54100 – Massa

ISTANZA DI COMPENSAZIONE _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. (___)

il ___ / ___ / ___ residente a _____ Prov. (___) in Via _____

n. _____ CAP. _____ e-mail: _____

Cellulare: _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

erede del defunto _____ nato/a a _____ Prov. (___)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

legale rappresentante della società _____

con sede a _____ Prov. (___) in Via _____

n. _____ CAP. _____ e-mail: _____

Cod. fisc. _____ P.IVA _____

DICHIARA

Di aver versato _____ in misura maggiore del dovuto, per il seguente motivo:

- duplicazione di versamento
 errato conteggio dell'imposta
 altro _____

| TRIBUTO/ANNO | IMPORTO DOVUTO | IMPORTO VERSATO | DIFFERENZA A CREDITO | DIFFERENZA A DEBITO |
|-----------------------|----------------|-----------------|----------------------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| IMPORTO DA COMPENSARE | | | | |

CHIEDE

ai sensi dell'articolo 17 del Regolamento Generale delle Entrate Tributarie approvato con Delibera di Consiglio Comunale n. 87 del 25/05/2020, di voler compensare il credito a titolo di _____ con il debito a titolo di _____ dell'anno _____

DICHIARA CHE

- la compensazione è totale;
- la compensazione è parziale, e pertanto chiede che il credito residuo di Euro _____ venga rimborsato dall'Ufficio mediante:
 - riscossione diretta in contanti presso la Tesoreria Comunale – Banca Monte dei Paschi di Siena Agenzia di Massa Piazza Aranci (per importi inferiori a 1.000,00 euro);
 - con accredito su c/c bancario/postale CODICE IBAN:

| COD. PAESE | CHECK DIGIT | CI N | ABI | CAB | NUMERO CONTO CORRENTE |
|------------|-------------|------|-----|-----|-----------------------|
| | | | | | |

- di non aver richiesto precedentemente il rimborso dell'importo a credito da compensare e che non sono scaduti i termini di prescrizione del diritto al rimborso;
- di essere a conoscenza della facoltà dell'ufficio di procedere a verifica della sussistenza del credito e, in caso negativo, di recuperare l'imposta dovuta con apposito avviso di accertamento;
- di essere disponibile a produrre, su richiesta dell'ufficio, idonea documentazione a comprova del credito;
- di aver preso visione e di essere a conoscenza delle norme contenute nel Regolamento Generale delle Entrate Tributarie in merito alla compensazione.

Dichiara, inoltre, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del regolamento generale sulla protezione dei dati GDPR - Reg. UE n. 2016/679 (Privacy) che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene resa.

ALLEGA

- copia delle ricevute di versamento;
- copia del documento di riconoscimento valido;
- altro _____

Data: ____/____/____

Firma _____