



Amministrazione destinataria
Comune di Ospedaletto Euganeo

Ufficio destinatario
Ufficio Segreteria

Domanda di compensazione tra crediti e debiti tributari

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo										
Denominazione/Ragione sociale		Tipologia								
Sede legale	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Codice Fiscale	Partita IVA		Telefono		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

in quanto erede o tutore legale di

(da compilare se il richiedente è erede o tutore legale dell'intestatario del tributo)

Cognome	Nome	Codice Fiscale
---------	------	----------------

pertanto allega documentazione attestante il titolo di erede o tutore legale dell'intestatario del tributo

in riferimento all'errato versamento del tributo

Tipo di tributo	Anno di imposta	Importo dovuto	Importo versato	Differenza a credito
		€	€	€

a seguito

Motivazione errato versamento

- del seguente errore di calcolo

Descrizione errore di calcolo

- di altra motivazione

Descrizione altra motivazione

CHIEDE

- la compensazione totale
- la compensazione parziale, e per il credito residuo sarà presentata apposita domanda di rimborso
- la compensazione parziale, e utilizzare il credito residuo per il pagamento delle prossime rate del tributo

con il debito relativo al tributo

Tipo di tributo	Anno di imposta	Importo dovuto		Importo credito da compensare		Acconto o saldo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- documentazione attestante i versamenti effettuati
- documentazione attestante il titolo di erede o tutore legale dell'intestatario del tributo
- copia del documento d'identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Ospedaletto Euganeo

Luogo

Data

il dichiarante