



**Amministrazione destinataria**  
Comune di Ospedaletto Euganeo

**Ufficio destinatario**  
Ufficio Segreteria

## Domanda di discarico della cartella di pagamento o di ingiunzione di pagamento relativo a un tributo

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Interno	Scala
				<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Piano	SNC
				<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
				CAP	
				<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
				Posta elettronica certificata	
				<input type="text"/>	

### 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

### avendo ricevuto la notifica della cartella di pagamento o dell'ingiunzione di pagamento

Numero	Data
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Importo previsto	
<input type="text"/>	
€	

### in relazione al tributo

Tipo di tributo	Protocollo	Data protocollo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## CHIEDE

- il discarico totale
- il discarico parziale per un importo pari a

Importo richiesto

€

### per la seguente motivazione

#### Motivazione

- denuncia di cessazione non registrata
- omessa o tardiva denuncia di cessazione
- l'imposta è già stata assolta
- l'importo richiesto è riferito ad un accertamento già annullato
- l'importo richiesto si riferisce ad un atto di accertamento rettificato in diminuzione ma preteso per intero
- altro (specificare)

#### 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 a supporto della domanda di discarico
- documentazione attestante il titolo di erede o tutore legale dell'intestatario del tributo
- copia del documento di 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