

Spett.le Comune
c.a. Ufficio Tributi
Via Roma, 33
46032 Castelforte (MN)
Fax 0376 258123

Oggetto: richiesta di sgravio.

Il/la sottoscritto/a telefono
nato/a il .../.../..... a
residente a.....via/piazza.....n.....
codice fiscale e-mail

oppure

La Ditta telefono
nato/a il .../.../..... a
con sede legale a.....via/piazza.....n.....
partita IVA e-mail
legale rappresentante Sig. nato il a

In riferimento all'avviso di pagamento n. _____ del _____
emissione _____ (che si allega in copia) relativa all'anno _____
ed in relazione ai locali posti in Via _____ n. _____ piano _____ int. _____
ed in relazione ai locali posti in Via _____ n. _____ piano _____ int. _____
ed in relazione ai locali posti in Via _____ n. _____ piano _____ int. _____

DICHIARA:

PERTANTO CHIEDE LO SGRAVIO CON RICALCOLO DELL'AVVISO DI PAGAMENTO

ANNOTAZIONI:

Castelforte, li _____

Il sottoscritto o il coobbligato ha reso le suddette dichiarazioni, opzioni ed informazioni consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del DPR 445/2000.

IL DICHIARANTE

In allegato Documento di Identità