

REGIONE MARCHE

DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE
INTEGRATA, UE E RISORSE FINANZIARIE,
UMANE E STRUMENTALI

Direzione Bilancio, ragioneria e partite finanziarie
Settore Entrate tributarie e riscossioni coattive

Via Gentile Da Fabriano, 9 60125 Ancona

Fax: n° 071.8062192

Pec: regione.marche.entraterriscossioni@emarche.it

Oggetto: ISTANZA DI RIMBORSO TASSA RACCOLTA TARTUFI

(Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
residente a _____ (Prov. _____) C.A.P. _____
Via/P.zza _____ n. _____
Codice Fiscale _____ Telefono _____
e-mail / pec _____

CHIEDE

Il rimborso della somma di € _____ (in lettere: _____)
per il seguente motivo:

☐ pagamento doppio;

☐ pagamento non dovuto: (motivazione) _____

☐ pagamento eccessivo: _____

MODALITÀ DI RIMBORSO: accredito su C.C. Bancario / C.C. Postale **intestato al richiedente**

I B A N																												

ATTENZIONE: In caso di codice IBAN non associato al soggetto beneficiario del rimborso (IBAN errato, conto intestato o cointestato a soggetto diverso dal beneficiario), l'accredito non andrà a buon fine.

ALLEGARE:

- ☐ **ricevuta/attestazione di pagamento.** Nel caso di doppio versamento allegare copia della ricevuta del versamento valido e copia del versamento chiesto a rimborso;
- ☐ copia fotostatica di DOCUMENTO di RICONOSCIMENTO in CORSO di VALIDITA';
- ☐ copia fotostatica tessera sanitaria/codice fiscale;
- ☐ dichiarazioni sostitutive del certificato di morte e dell'atto di notorietà riguardante la qualità di unico erede (D.P.R. n. 445/2000) oppure dichiarazione di disinteressenza degli eredi (da presentarsi solo in presenza di più eredi);
- ☐ altro: _____

Dichiara altresì, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000, che la documentazione allegata in copia semplice è conforme all'originale, consapevole della responsabilità penale cui può incorrere per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000.

Firma del/della dichiarante

Data _____
