Al Comune di Castelbuono
Ufficio tributi

DOMANDA DI DISCARICO/REVISIONE AVVISO DI PAGAMENTO

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ (____) il _____
Residente nel Comune di _____
Via/P.zza_____ N. ____
C.F. _____;
Tel._____Fax_____ e-mail _____

CHIEDE

Il discarico o la revisione per gli importi iscritti al ruolo TARI relativo a:

Contribuente numero _____
Avviso numero _____
Del _____ Anno _____
Relativo all'immobile posto in:
Via/Piazza _____ nr. _____ int. _____
Comune _____
Dati catastali:
Cat._____ Foglio _____ Particella _____ Subalterno_____
Cat._____ Foglio _____ Particella _____ Subalterno_____
Cat._____ Foglio _____ Particella _____ Subalterno_____
Cat._____ Foglio _____ Particella _____ Subalterno_____

Per il seguente motivo:
(_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Allegare obbligatoriamente documentazione comprovante le motivazioni
Allegato 1: _____
Allegato 2: _____
Note _____
_____

Il Richiedente
....
(Castelbuono,_____

(Allegare Copia Documento identità)
Informativa privacy ex D.Lgs. 196/2003: i dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.