



COMUNE DI CASTELNUOVO RANGONE

Provincia di Modena

SERVIZIO TRIBUTI – AREA FINANZE

T.A.R.I. (TRIBUTO COMUNALE SUI RIFIUTI) RICHIESTA RIMBORSO

Io sottoscritto _____, nato a _____ il _____,
residente a _____ in Via _____
codice fiscale: _____ tel. _____;

CHIEDE

il rimborso della somma complessiva di € _____, versata in misura eccedente rispetto al dovuto, a
titolo di TARI, in riferimento alla cartella/documento nr. _____

Alla presente si allega copia del modello F24 attestante il pagamento.

Chiede infine che il rimborso venga effettuato con versamento a favore del richiedente mediante:

- ☐ Accredito sulla Fattura TARI
- ☐ Accredito sul C.C. N. _____ intestato a _____ presso _____
la Banca _____ Agenzia di _____
IBAN _____;

IL RICHIEDENTE

SERVIZIO TRIBUTI – AREA FINANZE

Via Roma 1/A - 41051 Castelnuovo Rangone (MO)

Tel. 059-534820 - Fax 059-534827

P. IVA 00292410362

E-mail: tributi@comune.castelnuovo-rangone.mo.it

PEC: comune.castelnuovo@cert.unione.terredicastelli.mo.it
