

**OGGETTO: MODELLO 2 ISTANZA DI DISCARICO/RIMBORSO ANNO \_\_\_\_\_**

Comune \_\_\_\_\_ **Codice Tributo**  630  642  750 (Contrassegnare con una X)

Il sottoscritto cognome e nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale: \_\_\_\_\_ In qualità di \_\_\_\_\_  
della ditta \_\_\_\_\_ Id. ditta \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Partita IVA/ codice fiscale \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ cell: \_\_\_\_\_ email ordinaria: \_\_\_\_\_  
PEC: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il discarico/rimborso dei contributi consortili relativi all'anno \_\_\_\_\_ per i seguenti motivi:

**Contrassegnare con una X**

- Pagamento dei tributi già effettuato
- oppure effettuato con modalità differenti da quelle indicate nell'avviso di pagamento
- Data di trasferimento dell'immobile antecedente l'anno di riferimento dell'avviso di pagamento annualità \_\_\_\_\_
- Dati anagrafici incompleti o inesatti  Omonimia  Altro \_\_\_\_\_

**Allegati:**

- Copia avviso di pagamento e/o cartella esattoriale
- Atto pubblico di Compravendita
- Copia ricevuta degli eventuali versamenti eseguiti
- Atto pubblico di donazione/divisione
- Dichiarazione di Successione
- Sentenza dichiarativa di usucapione
- Visura/e Agenzia del Territorio
- Documento di riconoscimento e/o codice fiscale
- Altro \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a con la sottoscrizione della presente dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento CE 27 aprile 2016, n.2016/679/UE, di cui una copia è pubblicata sul sito consortile [www.cbsm.it](http://www.cbsm.it) (privacy), circa il trattamento dei dati personali raccolti con la presente richiesta e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente per le quali la presente richiesta viene resa, e di acconsentire, ai sensi dell'art. 6 e 7 del predetto Regolamento, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Cagliari, \_\_\_\_\_ Firma\* \_\_\_\_\_

\*La firma sarà apposta dal Funzionario preposto del CBSM nel caso compili l'istanza in assenza del contribuente (istanza telefonica – istanza d'ufficio)