

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 (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)