



Regione Toscana
 Direzione Programmazione e Bilancio
 Settore Politiche Fiscali e Riscossione
 Via di Novoli 26, 50127 Firenze

**Oggetto: ISTANZA DI RIMBORSO (L.R. 18/02/2005, n.31 art. 21)
 (Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)**

Indicare il tributo o tassa per il quale si richiede il rimborso: _____

Dati del richiedente	Codice fiscale																						COGNOME	NOME
	COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA												PROV. NASCITA	DATA DI NASCITA										
	COMUNE DI RESIDENZA						PROV. RESIDENZA	CAP			TELEFONO													
	INDIRIZZO												INDIRIZZO PEC											
	INDIRIZZO MAIL																							

Il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 445/2000 (autocertificazione), 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;

CHIEDE

il rimborso della somma di € _____ (in lettere: _____)

per il seguente motivo:

- Pagamento doppio
- Pagamento non dovuto (_____)
- Pagamento eccessivo (_____)

RIPORTARE CON CHIAREZZA IL MOTIVO PER IL QUALE SI CHIEDE IL RIMBORSO.

Si allega alla presente in originale la seguente documentazione relativa al versamento di cui si richiede il rimborso:

- Ricevuta del c.c. postale
 - Attestazione del c.c. Postale
- (se si tratta di rimborso parziale del versamento effettuato, non deve esser allegato l'originale ma solo la copia)

Eventuale motivazione per la mancanza dell' "attestazione": _____

Eventuali ulteriori annotazioni: _____

SCELTA DELLA MODALITA' DI RIMBORSO:

- accredito su C.C. Bancario o Postale **intestato o cointestato al richiedente** (con addebito fino ad un massimo di € 2,00 in relazione a pagamenti effettuati nei confronti di beneficiari il cui conto corrente non è attivato presso banche tesoriere); **IBAN** (27 caratteri - **obbligatorio**):

Paese	Cin ban	Cin Bban	Codice ABI	Codice CAB	Numero di Conto Corrente (con gli zeri iniziali)

- versamento in contanti con quietanza diretta avanti al tesoriere di qualsiasi agenzia del MPS;
- assegno circolare non trasferibile (con trattenute a Vs. carico di € 3,60 per spese di spedizione) – scelta effettuabile solo per importi inferiori a €1.000,00;

Il trattamento dei dati trasmessi sarà svolto nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", per l'uso strettamente attinente le funzioni attribuite a questa amministrazione per finalità inerenti il procedimento in questione, mediante strumenti informatici e telematici.

Il/La Dichiarante
 (firma)

Data _____

ALLEGATI:

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente
- In caso di richiesta di rimborso della TASSA DI ABILITAZIONE, è necessario allegare anche la copia del certificato di abilitazione.