

Al  
COMUNE DI SAVIGNONE  
Servizio Tributi – Via Garibaldi n° 2  
Tel.: 0109360103 - Fax: 010936157  
e-mail : [tributi@comune.savignone.ge.it](mailto:tributi@comune.savignone.ge.it)  
Orario ricevimento:  
Lunedì e mercoledì ore 9.00 – 11.30

**Istanza rimborso/riversamento versata in eccedenza**  IMU  TASI  TARI

Anni

**CONTRIBUENTE**

Cognome  Nome

Codice Fiscale obbligatorio

Data di nascita  Comune di nascita

**RESIDENZA**

Comune  C.A.P.

Via/Corso/P.za e n. civico

Tel.  Email

**Titolare dei seguenti immobili nel Comune di Savignone**

Abitazione Princ./Pertinenza	Foglio	Mappale	Sub.	Cat.	Cl.	Indirizzo	Rendita catastale	% poss
<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**CHIEDE**

Il rimborso della somma versata in eccesso per l'importo di €.

Per i seguenti motivi:

In caso di accoglimento dell'istanza, il sottoscritto chiede

di avvalersi della compensazione della somma a rimborso con l'importo in occasione del versamento successivo alla notifica dell'accoglimento dell'istanza di rimborso.

di rinunciarvi, riscuotendo il relativo mandato di pagamento mediante

accredito in c/c bancario

indicare intestatario

IBAN: IT

in contanti presso sportello Tesoreria Comunale successivamente alla comunicazione del numero del mandato di pagamento.

Il sottoscritto comunica di aver indicato erroneamente il codice I475 (comune di Savignone) ma che l'importo ammontante a €. [ ], come sopra indicato dovrà essere riversato al Comune di [ ] Prov. [ ]

Si chiede pertanto in merito a tale importo:

di effettuare il riversamento delle somme versate, per la sola quota del Comune, al Comune di [ ] Prov. [ ]

Informativa sulla Privacy

ai sensi dell'art. 18 comma 4, del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196 del 3,06,2003) l'Amministrazione Comunale non è tenuta a richiedere il consenso dell'interessato al trattamento dei dati personali. All'interessato spetta l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice. Il titolare dei dati è il Comune di Savignone.

Si allega

fotocopia dei versamenti relativi agli anni richiesti

fotocopia dell'eventuale istanza di aliquota/tariffa agevolata

Luogo

Data

In fede

---