



COMUNE DI OSPITALE DI CADORE

Provincia di Belluno

C.F. /P.IVA 00212310254 **UFFICIO TRIBUTI** Via Roma 5

N. Tel. 0437 779002 E-mail unionemontana@clz.bl.it

Spett.le
Ufficio Tributi
del Comune di
Ospitale di Cadore

OGGETTO: ISTANZA DI RETTIFICA BOLLETTA/DOCUMENTO DI RISCOSSIONE TARI. UTENZA NON DOMESTICA. GESTIONE EVENTUALE CREDITO. Articoli 17 e 28 Delibera ARERA 15/2022.

Il/La sottoscritto/a

Cognome		Nome					
Nato a		il		Prov.		C.F.	
Residente a		Prov.		Via e n. civ.			
Tel.		Cell.		Mail			

In qualità di: titolare Legale rappresentante Altro _____

Della ditta		<input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Persona Giuridica			
Con sede in		Cap.		Prov.	
Via e n. civ.		n. tel.			
E-mail		PEC			
Codice Fiscale		P.IVA		COD. ATECO	

in qualità di utente TARI, codice utenza n. _____, in riferimento al documento di riscossione n. del relativo alla TARI dovuta per l'anno d'imposta

con la presente istanza

CHIEDE

Che si proceda al riesame e alla rettifica del citato documento di riscossione, ovvero dei parametri utilizzati per il calcolo degli importi addebitati per la seguente fattispecie:

- categoria di tassazione utilizzata
- superficie soggetta a tassazione;
- periodo di occupazione;
- categoria riduzioni agevolazioni.
- ~~disservizi per interruzione pubblico servizio~~
- _____
- _____
- _____

Specificare la motivazione:

.....
.....
.....

Allegati:

- copia del documento di riscossione di cui si richiede la rettifica
- copia quietanze di versamento
- copia del documento di identità

MODALITA' DI GESTIONE DEL CREDITO

Il/La sottoscritto/a scrivente, fermo restando che per importi inferiori ad 50,00 si provvede a compensare gli stessi, in deroga all'art. 28.1 della Delibera ARERA n. 15/2022, nel primo documento di riscossione utile

CHIEDE INOLTRE

che l'eventuale importo a credito, superiore a 50 Euro, sia:

- PORTATO IN DETRAZIONE** nel primo documento di riscossione utile, se la scadenza dello stesso è superiore a 120 giorni dalla data della presente
- RIMBORSATO**, se la scadenza del primo documenti di riscossione utile è superiore a 120 giorni dalla data della presente, mediante accredito sul proprio conto corrente al seguente IBAN _____
- ACCREDITATO** sul proprio conto corrente, se l'importo è superiore a quanto indicato nel documento di riscossione, al seguente IBAN _____

Data _____

Firma _____

Informativa privacy

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati al Comune di **Ospitale di Cadore** saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di **Ospitale di Cadore**. L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web dell'ente. Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	C.F.	VIA	CAP	COMUNE	Nominativo
MADDALOZZO BRUNO	MDDBRN56P17A443G	VIA CAMPAGNA,10	32021	ARSIE' (BL)	MADDALOZZO BRUNO

Relativamente al trattamento consentito dei dati personali conferiti con questa richiesta e con i relativi allegati, il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati e di accettarne i contenuti.

Data _____

Firma _____