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

Oggetto: ISTANZA DI RIMBORSO IN CASO DI DECESSO DEL CONTRIBUENTE (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	
INDIRIZZO	TELEFONO		
INDIRIZZO MAIL	INDIRIZZO PEC		

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*
- *Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà contenente la data di decesso del de cuius e l'elenco degli eredi legittimi e/o testamentari*
- *Delega ad un unico erede, in presenza di più beneficiari, a riscuotere la somma totale*
- *Dichiarazione del giudice tutelare nel caso di eredi minorenni con espressa clausola di esonero della Regione Toscana da ogni responsabilità circa il reimpiego o la libera disponibilità della somma*
- *In caso di richiesta di rimborso della TASSA DI ABILITAZIONE, è necessario allegare anche la copia del certificato di abilitazione.*