

I.C.I.

IMPOSTA COMUNALE SUGLI IMMOBILI



COMUNE DI FIRENZE

DIREZIONE RISORSE FINANZIARIE
SERVIZIO ENTRATE
P.O. I.C.I. - UFFICIO RIMBORSI

VIA PIETRAPIANA, 53 - 50121 FIRENZE

ISTANZA DI RIMBORSO

CONTRIBUENTE (compilare sempre)

Codice fiscale (obbligatorio)		Telefono prefisso numero	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cognome		Nome	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
(ovvero denominazione o ragione sociale e natura giuridica)			
Data di nascita	Comune (o Stato Estero) di nascita	Prov.	Sesso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Residenza (o sede legale)	C.A.P.	Comune	Prov.
Frazione, via piazza, n. civico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio fiscale o recapito (da compilarsi se diverso dalla residenza)	C.A.P.	Comune	Prov.
Frazione, via piazza, n. civico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RICHIEDENTE (se diverso dal Contribuente)

NATURA DELLA CARICA

<input type="checkbox"/> Rappresentante legale	<input type="checkbox"/> Curatore Fallimentare/ Commissario liquidatore	<input type="checkbox"/> Tutore/ Curatore	<input type="checkbox"/> Erede	Altro <input type="text"/>
--	--	--	--------------------------------	-------------------------------

Codice fiscale (obbligatorio)		Telefono prefisso numero	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cognome		Nome	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita	Comune (o Stato Estero) di nascita	Prov.	Sesso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Residenza	C.A.P.	Comune	Prov.
Frazione, via piazza, n. civico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio fiscale o recapito (da compilarsi se diverso dalla residenza)	C.A.P.	Comune	Prov.
Frazione, via piazza, n. civico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CHIEDE IL RIMBORSO AI SENSI DELL'ART. 1 COMMA 164 LEGGE 27 DICEMBRE 2006 N. 296

ANNO	IMPORTO PAGATO		IMPORTO DOVUTO		RIMBORSO RICHIESTO	
	ACCONTO	SALDO	ACCONTO	SALDO	ACCONTO	SALDO
200__						
200__						
200__						
200__						
200__						
TOTALE						

IL SOTTOSCRITTO, CHIEDE IL RIMBORSO PER IL SEGUENTE MOTIVO

DESCRIZIONE

- Errore di calcolo
- Erronea indicazione del Comune di Ubicazione
- Errata detrazione abitazione principale
- Errata ulteriore detrazione
- Pagamento doppio Acconto Saldo
- Vendita immobile
- Avviso di liquidazione e/o accertamento pagato e non dovuto
- Immobile storico
- Rendita catastale rettificata
- Rendita catastale revisionata
- Rendita catastale definitiva
- Altro

ALLEGATI

- Fotocopia di N° bollettini di versamento o F24 (ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE);
- Fotocopia di dichiarazione I.C.I. iniziale e/o di eventuali variazioni presentate;
- Fotocopia di visure catastali storiche di immobili posseduti nel Comune di Firenze;
- Fotocopia dell'eventuale domanda di maggior detrazione presentata;
- Fotocopia dell'eventuale domanda di aliquota agevolata;

Note:

DICHIARA, CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PREVISTE DALLA LEGGE IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, CHE I DOCUMENTI ALLEGATI IN COPIA SONO CONFORMI AGLI ORIGINALI O ESTRATTI DA DOCUMENTI PRESSO ALTRI UFFICI. AUTORIZZA IL TRATTAMENTO DELLE INFORMAZIONI FORNITE CON LA PRESENTE RICHIESTA PER L'ISTRUTTORIA E LE VERIFICHE NECESSARIE (D.LGS 196/2003).

FIRMA

In relazione al rimborso il sottoscritto chiede che venga effettuato con la seguente modalità (barrare una delle caselle):

- Pagamento presso la Tesoreria Comunale;
- accredito su C/C bancario o Bancoposta
- Compensazione detraendosi il credito tributario con la successiva ICI ordinaria da pagare
(Si avverte che non è possibile provvedere autonomamente ad effettuare la compensazione. Il contribuente dovrà attendere, prima di poter compensare il credito, una comunicazione degli uffici comunali in ordine al riconoscimento o meno del rimborso richiesto)

COORDINATE BANCARIE (CODICE IBAN)

PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO CORRENTE
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

DEL BENEFICIARIO DEL RIMBORSO

c/c INTESSTATO / COINTESSTATO A:

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Banca e n° Agenzia	Indirizzo e Comune	Prov.

(SEZIONE DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RICHIESTA DI ACCREDITO SU C/C)

DATA

FIRMA