



Amministrazione destinataria
Comune di Genova

Ufficio destinatario
Direzione Politiche delle Entrate
Ufficio competente per tributo
(da allegare al modulo principale di
domanda)

*I campi contrassegnati da asterisco sono
obbligatori

Delega al coerede per rimborso o compensazione di un tributo

Il sottoscritto, in qualità di erede												
Cognome*			Nome*				Codice Fiscale*					
Data di nascita*			Sesso (M/F)*	Luogo di nascita*			Cittadinanza*					
Residenza												
Provincia*	Comune*		Indirizzo*			Civico*	Esponente	Scala	Interno*	Colore*	SNC	CAP*
Telefono fisso* (in alternativa)			Telefono cellulare*			Posta elettronica ordinaria* (in alternativa)			Posta elettronica certificata*			

<input type="checkbox"/> ulteriore erede												
Cognome*			Nome*				Codice Fiscale*					
Data di nascita*			Sesso (M/F)*	Luogo di nascita*			Cittadinanza*					
Residenza												
Provincia*	Comune*		Indirizzo*			Civico*	Esponente	Scala	Interno*	Colore*	SNC	CAP*
Telefono fisso* (in alternativa)			Telefono cellulare*			Posta elettronica ordinaria* (in alternativa)			Posta elettronica certificata*			

<input type="checkbox"/> ulteriore erede												
Cognome*			Nome*				Codice Fiscale*					
Data di nascita*			Sesso (M/F)*	Luogo di nascita*			Cittadinanza*					
Residenza												
Provincia*	Comune*		Indirizzo*			Civico*	Esponente	Scala	Interno*	Colore*	SNC	CAP*
Telefono fisso* (in alternativa)			Telefono cellulare*			Posta elettronica ordinaria* (in alternativa)			Posta elettronica certificata*			

<input type="checkbox"/> ulteriore erede												
Cognome*			Nome*				Codice Fiscale*					
Data di nascita*			Sesso (M/F)*	Luogo di nascita*			Cittadinanza*					
Residenza												
Provincia*	Comune*		Indirizzo*			Civico*	Esponente	Scala	Interno*	Colore*	SNC	CAP*
Telefono fisso* (in alternativa)			Telefono cellulare*			Posta elettronica ordinaria* (in alternativa)			Posta elettronica certificata*			

<input type="checkbox"/> ulteriore erede												
Cognome*			Nome*				Codice Fiscale*					
Data di nascita*			Sesso (M/F)*	Luogo di nascita*			Cittadinanza*					
Residenza												
Provincia*	Comune*		Indirizzo*			Civico*	Esponente	Scala	Interno*	Colore*	SNC	CAP*
Telefono fisso* (in alternativa)			Telefono cellulare*			Posta elettronica ordinaria* (in alternativa)			Posta elettronica certificata*			

<input type="checkbox"/> ulteriore erede												
Cognome*			Nome*				Codice Fiscale*					
Data di nascita*			Sesso (M/F)*	Luogo di nascita*			Cittadinanza*					
Residenza												
Provincia*	Comune*		Indirizzo*			Civico*	Esponente	Scala	Interno*	Colore*	SNC	CAP*
Telefono fisso* (in alternativa)			Telefono cellulare*			Posta elettronica ordinaria* (in alternativa)			Posta elettronica certificata*			

del defunto										
Cognome*			Nome*				Codice Fiscale*			
Data di nascita*			Sesso (M/F)*	Luogo di nascita*			Cittadinanza*			
Data del decesso					Luogo del decesso					

relativamente all'istanza di riferimento <small>(da compilare nel caso in cui si possiedano i seguenti dati)</small>										
Tributo			Data di presentazione				Anni di riferimento			
Tipologia										
<input type="checkbox"/>	<i>rimborso</i>									
<input type="checkbox"/>	<i>compensazione</i>									

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA/DICHIARANO

<input checked="" type="checkbox"/>	<i>di delegare alle operazioni di riscossione o compensazione del tributo, il coerede</i>											
Cognome*			Nome*				Codice Fiscale*					
Data di nascita*			Sesso (M/F)*	Luogo di nascita*			Cittadinanza*					
Residenza												
Provincia*	Comune*		Indirizzo*			Civico*	Esponente	Scala	Interno*	Colore*	SNC	CAP*
Telefono fisso* (in alternativa)			Telefono cellulare*			Posta elettronica ordinaria* (in alternativa)			Posta elettronica certificata*			

COMUNICA/COMUNICANO INOLTRE

<input type="checkbox"/>	che la modalità di riscossione prescelta è la seguente <i>(da compilare solo in caso di presentazione differita a causa del decesso dell'avente diritto al rimborso, altrimenti compilare questa sezione direttamente sulla domanda di rimborso)</i>
--------------------------	--

Modalità del rimborso	
<input type="radio"/>	ritiro presso la tesoreria comunale Unicredit (possibile solo per importi fino a 999,99 €)
<input type="radio"/>	bonifico bancario o postale su conto corrente
	IBAN
	<input type="text"/>
	Intestatario
	<input type="text"/>
	Codice fiscale intestatario
	<input type="text"/>
	Istituto
	<input type="text"/>
	Codice BIC/Swift (da compilare se il conto è estero)
	<input type="text"/>

<input checked="" type="checkbox"/>	di comunicare tempestivamente l'eventuale variazione delle coordinate bancarie indicate
-------------------------------------	---

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	copia del documento d'identità di ciascun erede <i>(da allegare in quanto modulo sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati <i>(specificare)</i>

