



COMUNE DI CASTREZZATO

(Provincia di *Brescia*)

C.F. 00848610176 – P. IVA 00582070983

UNITÀ ORGANIZZATIVA CONTABILE E FINANZIARIA

P.le Risorgimento n. 1 – Cap 25030 – tel. 0307041111

protocollo@pec.comune.castrezzato.bs.it - ragioneria@comune.castrezzato.bs.it

OGGETTO: RICHIESTA COMPENSAZIONE IMPORTO VERSATO IN ECCEDEXA RISPETTO AL DOVUTO

(art. 12 del “Regolamento per l’applicazione dell’imposta di soggiorno”)

Il/ sottoscritto/a _____ nato/a _____
prov. _____ il ____ / ____ / ____ residente a _____ prov. _____
via/piazza _____ n. ____ CAP _____
tel. _____ e- mail _____
gestore della struttura _____

CONSAPEVOLE

delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

di avere effettuato in data _____ il versamento per il periodo _____
con un importo in eccedenza rispetto al dovuto di Euro _____ e pertanto

CHIEDE

ai sensi dell’articolo 12, comma 4, del “Regolamento per l’applicazione dell’imposta di soggiorno” di recuperare la somma mediante compensazione con i pagamenti da effettuare alle prossime scadenze.

Data _____

IL DICHIARANTE
