



IMPOSTA DI SOGGIORNO - IDS
ISTANZA DI RIMBORSO - COMPENSAZIONE

Per il trimestre/anno _____

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Luogo e data di nascita _____

C.F. _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ lett. _____ int. _____

CAP _____ Tel _____ e-mail _____

In qualità di ⁽¹⁾ _____

del/la sig./sig.ra/ditta _____

deceduto/a in data _____ (istanza presentata in qualità di erede)

C.F./P.IVA _____

Indirizzo/Sede Legale _____

CAP _____ Località _____ Prov. _____

Tel. _____

e-mail _____ mail PEC _____

(1) Indicare se si tratta di **TITOLARE, EREDE, AMMINISTRATORE, LEGALE RAPPRESENTANTE, altro.**

Per la gestione delle seguenti strutture:

Denominazione _____

Sede attività _____

Denominazione _____

Sede attività _____

