



Amministrazione destinataria  
Comune di Ospedaletto Lodigiano

Ufficio destinatario  
Area Servizi Finanziari

## Domanda di concessione di un'agevolazione tributaria

### Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale								
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza							
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata							

**in qualità di** (questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)

Ruolo										
Denominazione/Ragione sociale	Tipologia									
Sede legale		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale	Partita IVA									
Telefono	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata								
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio	Provincia	Numero Iscrizione								

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

--

### in quanto erede o tutore legale di

(da compilare se il richiedente è erede o tutore legale dell'intestatario del tributo)

Cognome	Nome	Codice Fiscale

**pertanto allega documentazione attestante il titolo di erede o tutore legale dell'intestatario del tributo**

### in riferimento al tributo

Tipo di tributo	Protocollo	Data protocollo

## CHIEDE

di usufruire della seguente agevolazione tributaria

Tipologia

### avente carattere

Carattere

- soggettivo
- oggettivo

### per i seguenti motivi

Motivazione

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- documentazione attestante a dimostrare il diritto alla riduzione o esenzione indicata
- documentazione attestante il titolo di erede o tutore legale dell'intestatario del tributo
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Ospedaletto Lodigiano

Luogo

Data

il dichiarante