



**Amministrazione destinataria**  
Comune di Ospedaletto Lodigiano

**Ufficio destinatario**  
Area Servizi Finanziari

## Domanda di rimessione in termini

*Ai sensi dell'articolo 9 della Legge 27/07/2000, n. 212*

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato
Provincia	Comune	Interno	Scala	Piano	SNC
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
Provincia	Comune	Interno	Scala	Piano	SNC
Codice Fiscale			Partita IVA		
Telefono		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

### 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

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**

**CHIEDE**

la rimessione nei termini del seguente adempimento

Tipo di tributo	Adempimento
-----------------	-------------

## che non ha potuto effettuare per la seguente causa di forza maggiore

Descrizione della causa di forza maggiore

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 il titolo di erede o tutore legale dell'intestatario del tributo
- copia del documento d'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