NUOVO CIRCONDARIO IMOLESE
finanziaria e tributi

Al Nuovo Circondario Imolese
Ufficio Tributi Associato – Polo Ovest
Sede Comune di Medicina

OGGETTO: RICHIESTA DI RIMBORSO IMU

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____ n°____
c.f._____ - **Tel.:** _____

C H I E D E

il rimborso dell'imposta IMU versata in eccedenza:

ANNO	IMPOSTA PAGATA	IMPOSTA DOVUTA	RIMBORSO COMUNE/STATO

Versamento al Comune di Medicina di IMU non dovuta per la seguente ragione:

_____

CHIEDE INOLTRE

- Che il rimborso avvenga con accredito su c/c bancario/postale intestato al sottoscritto:

IBAN: /_/

- In alternativa la compensazione degli importi versati in eccedenza con l'imposta dovuta per l'anno _____ .

Lì, _____ (Firma) _____