

Amministrazione destinataria

Ufficio destinatario

**Domanda di rimessione in termini*****Ai sensi dell'articolo 9 della Legge 27/07/2000, n. 212*****Il sottoscritto**

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

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

|                               |                      |                             |                      |                               |                                                                    |
|-------------------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Ruolo                         |                      |                             |                      |                               |                                                                    |
| <input type="text"/>          |                      |                             |                      |                               |                                                                    |
| Denominazione/Ragione sociale |                      |                             |                      | Tipologia                     |                                                                    |
| <input type="text"/>          |                      |                             |                      | <input type="text"/>          |                                                                    |
| Sede legale                   |                      |                             |                      |                               |                                                                    |
| Provincia                     | Comune               | Indirizzo                   | Civico               | Barrato                       | Scala Piano SNC CAP                                                |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> |
| Codice Fiscale                |                      |                             | Partita IVA          |                               |                                                                    |
| <input type="text"/>          |                      |                             | <input type="text"/> |                               |                                                                    |
| Telefono                      |                      | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                                                                    |
| <input type="text"/>          |                      | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                                                                    |

**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       |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**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          |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

### 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.

Luogo

Data

Il dichiarante