


**Amministrazione destinataria**

Comune di Livigno

**Ufficio destinatario**

Ufficio Tributi

**Domanda di compensazione tra crediti e debiti tributari**
**Il sottoscritto**

|                    |                |        |                             |                |              |                               |       |       |     |     |
|--------------------|----------------|--------|-----------------------------|----------------|--------------|-------------------------------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome            |                | Nome   |                             | Codice Fiscale |              |                               |       |       |     |     |
| Data di nascita    |                | Sesso  | Luogo di nascita            |                | Cittadinanza |                               |       |       |     |     |
| Residenza          | Provincia      | Comune | Indirizzo                   | Civico         | Barrato      | Interno                       | Scala | Piano | SNC | CAP |
| 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  | Provincia | Comune                      | Indirizzo | Civico      | Barrato   | Interno                       | Scala | Piano     | SNC | CAP |
| 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 riferimento all'errato versamento del tributo**

|                 |                |                 |                      |
|-----------------|----------------|-----------------|----------------------|
| Tipo di tributo |                |                 |                      |
| Anno di imposta | Importo dovuto | Importo versato | Differenza a credito |
|                 | €              | €               | €                    |

## a seguito

### Motivazione errato versamento

- del seguente errore di calcolo

Descrizione errore di calcolo

- di altra motivazione

Descrizione altra motivazione

## CHIEDE

- la compensazione totale
- la compensazione parziale, e per il credito residuo sarà presentata apposita domanda di rimborso
- la compensazione parziale, e utilizzare il credito residuo per il pagamento delle prossime rate del tributo

## con il debito relativo al tributo

Tipo di tributo

Anno di imposta

Importo dovuto

Importo credito da compensare

Acconto o saldo

€

€

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 i versamenti effettuati

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.

Livigno

Luogo

Data

il dichiarante