



**SPETT.LE GEF**

**RICHIESTA DI SGRAVIO DELLA CARTELLA DI PAGAMENTO**

Con questo modulo il **contribuente** che ha ricevuto una **cartella di pagamento da parte dell'Agenzia delle Entrate Riscossione** può presentare **domanda di sgravio delle somme erroneamente richieste.**

IL/LA  
SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ RESIDENTE  
IN \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO \_\_\_\_\_  
EMAIL/PEC \_\_\_\_\_

IN PROPRIO

IN QUALITA' DI DELEGATO/A DI:

SIG.RE/RA \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

CODICE  
FISCALE \_\_\_\_\_ RESIDENTE  
IN \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

LO SGRAVIO DELLE SOMME INDICATE NELLA CARTELLA DI PAGAMENTO  
N° \_\_\_\_\_ NOTIFICATA  
IN DATA \_\_\_\_\_ PER UN IMPORTO DI \_\_\_\_\_ € RELATIVO  
ALL'ANNO \_\_\_\_\_

**CONSIDERATO**

CHE LE SOMME RICHIESTE NON SONO DOVUTE **TOTALMENTE** PER QUESTI  
MOTIVI:

---

---



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE  
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"  
CASERTA

---

DATA, \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE/DELEGATO

\_\_\_\_\_  
(PER ESTESO E LEGGIBILE)

**SI ALLEGA:**

- **CARTELLA DI PAGAMENTO.**
- **COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO E CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE E OVE APPLICABILE DEL DELEGATO.**
- **RICEVUTA DI PAGAMENTO O EVENTUALE CERTIFICATO DI ESENZIONE O DI REDDITO.**
- **VERBALE DEL PRONTO SOCCORSO DA RICHIEDERE PRESSO GLI SPORTELLI DEL CUP.**