



All'Azienda Ospedaliera
Sant'Anna e San Sebastiano
Caserta

RICHIESTA DI SGRAVIO

Con questo modello il Contribuente che ha ricevuto una cartella di pagamento può presentare domanda di sgravio delle somme erroneamente richieste.

Io sottoscritto/a
nato/a a prov. il/...../.....
codice fiscale residente in
prov. indirizzo n.
c.a.p. tel. fax e-mail/P.E.C.

- in proprio
- in qualità di rappresentante legale di:

.....
codice fiscale/partita Iva con domicilio
fiscale in prov.
indirizzo n. c.a.p. tel.
fax e-mail/P.E.C.

chiedo

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:

.....
.....
.....

..... Firma

Allegati:

1.
2.
3.