



# COMUNE DI PABILLONIS

(Provincia del Sud Sardegna)  
Via San Giovanni, 7 – 09030 Pabillonis (SU)  
Codice fiscale/partita IVA 00497620922

## AREA FINANZIARIA SERVIZIO TRIBUTI

Telefono 070 93529208/210/212

Sito Web [www.comune.pabillonis.su.it](http://www.comune.pabillonis.su.it)

Mail: [finanziario@comune.pabillonis.su.it](mailto:finanziario@comune.pabillonis.su.it)

PEC: [protocollo@pec.comune.pabillonis.su.it](mailto:protocollo@pec.comune.pabillonis.su.it)

All'Ufficio Tributi  
del Comune di Pabillonis  
Via San Giovanni n. 7  
09030 Pabillonis (VS)

**OGGETTO:**

**DOMANDA DI ANNULLAMENTO/RETTIFICA AVVISI DI PAGAMENTO  
TARI PER EREDI**

### DATI DEL CONTRIBUENTE (compilare sempre)

CODICE FISCALE / P.IVA	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>
COGNOME (ovvero DENOMINAZIONE SOCIALE)	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
COMUNE DI NASCITA (o stato estero)	<input type="text"/>	PROV	<input type="text"/>
		DATA DI NASCITA	<input type="text"/>
		SESSO	<input type="text"/>
DOMICILIO FISCALE O SEDE LEGALE (via, piazza, civico)	<input type="text"/>	COMUNE	<input type="text"/>
		PROV	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>	PEC	<input type="text"/>
			<input type="text"/>

### DICHIARANTE (compilare solo se diverso dal contribuente)

CODICE FISCALE	<input type="text"/>	Natura della carica	<input type="text"/>
COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
DOMICILIO FISCALE (via, piazza, civico)	<input type="text"/>	COMUNE	<input type="text"/>
		PROV	<input type="text"/>

### DICHIARA

Di aver ricevuto avviso di pagamento TARI relativo al seguente Anno \_\_\_\_\_

Che i soggetti eredi del Signor/a ..... e pertanto proprietari in quota dell'unità immobiliare sita nel Comune di Pabillonis in Via ..... n..... identificata al catasto urbano col Foglio ..... Particella ..... Subalterno ..... sono i seguenti:

1	Cognome e Nome	Codice Fiscale
2	Cognome e Nome	Codice Fiscale
3	Cognome e Nome	Codice Fiscale
4	Cognome e Nome	Codice Fiscale
5	Cognome e Nome	Codice Fiscale
6	Cognome e Nome	Codice Fiscale
7	Cognome e Nome	Codice Fiscale
8	Cognome e Nome	Codice Fiscale
9	Cognome e Nome	Codice Fiscale

CHIEDE

la rettifica;  l'annullamento;

dell'avviso di pagamento TARI n. \_\_\_\_\_

Per i seguenti motivi:

---

---

---

Il sottoscritto dichiara di aver letto l'informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. n. 196/2003, come da ultimo modificato dal d.lgs. 101/2018. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati unicamente a tale scopo. La sottoscrizione del presente modulo vale come consenso al trattamento dei dati, per le finalità indicate.

A tal fine allega la seguente documentazione:

1. ....;
2. ....;

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_