



MODULO DA FAR PERVENIRE

L'ufficio è contattabile anche:

- ☎ telefonicamente , nei medesimi orari, al numero **0331- 884730**
 - ☎ via fax al numero **0331-884702**
 - ☎ via mail all'indirizzo **info.tributi@amga.it**
 - ☎ attraverso il sito **www.amga.it**
- Orari da lunedì a venerdì dalle 08.30 alle 13.00

AMGA Legnano S.p.A.
Servizio tributi
Via per Busto Arsizio 53
20025 LEGNANO (MI)

RICHIESTA DI DILAZIONE

Il sottoscritto

COGNOME		NOME	
NATO A	IL	CODICE FISCALE	
COMUNE DI RESIDENZA		C. A. P.	PROV.
		INDIRIZZO: VIA N. SCALA PIANO INTERNO	

in qualità di **TITOLARE** **LEGALE RAPPRESENTANTE** **ALTRO** _____

COGNOME e NOME per DITTA INDIVIDUALE o PROFESSIONE - DENOMINAZIONE o RAGIONE SOCIALE			
MARCHIO, INSEGNA o SIGLA EVENTUALE			
CODICE FISCALE		PARTITA IVA	
SEDE LEGALE		C. A. P.	PROV.
RECAPITO (SEDE AMMINISTRATIVA)		C. A. P.	PROV.
TEL.		CELL.	FAX
		E..MAIL	

CHIEDE

Per il Comune di _____

trovandosi in uno stato di obiettiva difficoltà , **in riferimento al seguente TRIBUTO/ATTO**

--

DILAZIONE DI PAGAMENTO del debito per l'importo di

€

,

Inoltre, per poter beneficiare della rateizzazione, assume i seguenti obblighi:

1. ogni rata sarà maggiorata degli interessi legali calcolati sull'importo residuo;
2. nel caso di importo del debito superiore ad € 10.000,00 concernenti Persone Giuridiche, oppure in caso di importo superiore ad € 25.000,00 per Persone Fisiche, presentazione di una fideiussione bancaria/di una polizza

fideiussoria che copra l'importo totale, comprensivo di interessi ed avente scadenza 1 anno dopo la scadenza dell'ultima rata. La garanzia dovrà contenere la rinuncia espressa al beneficio della preventiva escussione. Tale garanzia va presentata entro 10 gg dal ricevimento della concessione della dilazione di pagamento (altrimenti il beneficio non avrà alcun effetto);

3. pagamento di ciascuna rata, comprensiva degli interessi di maggiore rateizzazione, entro e non oltre l'ultimo giorno del mese;

Il sottoscritto dichiara altresì di essere a conoscenza delle seguenti condizioni da rispettare per la rateizzazione del pagamento:

- a) decadenza automatica ed immediata dal beneficio della dilazione in caso di mancato pagamento di una sola rata;
- b) pagamento in un'unica soluzione del debito totale residuo, in caso di decadenza dal beneficio della dilazione a pena della riscossione coattiva e dell'azione esecutiva;
- c) consenso al trattamento delle informazioni e dei dati personali per l'istruttoria e per le necessarie verifiche da parte dell'Ufficio (D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196).

Dichiara inoltre di eleggere domicilio presso _____

Via/Piazza _____ Città _____ c.a.p. _____,
telefono _____, fax _____, e-mail _____

impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive e riconosce che AMGA Legnano S.p.A. non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario a tale domicilio.

Al fine di dimostrare il proprio stato di disagio (barrare la casella corrispondente):

nel caso di Persona Fisica

dichiara ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/00 di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- Anziano con più di 60 anni titolare di pensione sociale o assegno minimo
- Disoccupato iscritto al collocamento
- Lavoratore non occupato in mobilità o cassa integrazione
- Inoccupato che ha perso l'indennità di cassa integrazione o mobilità nell'anno precedente
- Disabile con invalidità non inferiore al 75% (allegare certificato rilasciato dalla struttura pubblica)
- Soggetto in cura presso comunità terapeutica
- Soggetto in stato di detenzione presso istituto di pena
- Soggetto in stato di indigenza che usufruisce di assistenza sociale o alloggiativa, prestata dal Comune
- Altro

allega la seguente documentazione:

- Ultima dichiarazione dei redditi/modello CUD
- Certificazione mobilità/cassa integrazione
- Certificato disoccupazione
- Altro

nel caso di Persona Giuridica

dichiara ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/00 di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- Società o attività in passivo

allega la seguente documentazione:

- Relazione economico-patrimoniale approvata dall'organo di controllo o dall'assemblea e relativa al periodo di riferimento
- Prospetto per la determinazione dell'indice di liquidità e dell'indice Alfa
- Visura camerale aggiornata
- Altro

Il sottoscritto, preso atto delle sanzioni per l'omissione o infedele compilazione del presente modulo di denuncia e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, relative ad eventuali dichiarazioni rilasciate ai sensi degli art. 46, 47 e 38 del medesimo D.P.R., sotto la propria responsabilità, dichiara che quanto riportato corrisponde al vero.

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE n. 2016/679

Sottoscrivendo il presente modulo, il richiedente dichiara di accettare il trattamento dei propri dati ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/03 e successive modifiche. I dati personali forniti sono trattati ai sensi dell'art. 6 lett. b, c, e GDPR, al fine di effettuare verifiche ed attività precontrattuali e contrattuali e per l'esecuzione degli obblighi e l'esercizio dei diritti derivanti. I dati personali saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono stati acquisiti e saranno trattati esclusivamente da dipendenti e collaboratori del Titolare e del Responsabile del trattamento previamente autorizzati ed adeguatamente istruiti, Titolare del trattamento è il Comune, Responsabile del trattamento è AMGA Legnano S.p.A. Per l'esercizio dei diritti previsti dall'art. 15 ss GDPR è possibile rivolgersi al DPO nominato dal Comune, ovvero all'indirizzo dpo@amga.it.

Data, _____ Firma _____

Delego il Sig _____ C.F. _____

copia Carta Identità del delegato (in caso di delega)

Spazio riservato all'Ufficio

PROTOCOLLO:

ESITO DELLA RICHIESTA

Procedura di verifica del diritto alla dilazione eseguita da: _____

Diniego di Dilazione:

motivazione _____

Concessione di Dilazione**Rateizzazione:**

N. rate mensili _____ di € _____ cadauna con scadenza il _____ del mese

a decorrere dal ____/____/____ fino al ____/____/____

Modalità di pagamento:

- contanti, pos, assegno presso la sede di via per Busto Arsizio 53
- cambiali
- bonifico sul c/c _____ intestato a _____
IBAN _____

Firma di AMGA Legnano S.p.A. _____

Firma del contribuente per accettazione _____

Data ____/____/____