



RICHIESTA DI RIMBORSO TASSE AUTOMOBILISTICHE

- REGIONE BASILICATA
Dipartimento Programmazione e Finanze
Ufficio Ragioneria Generale e Fiscalità Regionale
ufficio.ragioneria.tributi@pec.regione.basilicata.it
- Unità territoriale ACI di Potenza
ufficioprovincialepotenza@pec.aci.it
- Unità territoriale ACI di Matera
ufficioprovincialemateramatera@pec.aci.it
- Delegazione ACI
di: _____

Oggetto Richiesta di rimborso	Anno <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Il sottoscritto _____ nato a _____	
Il _____ residente a _____ cap _____	
In via _____ telefono _____ fax _____	
In qualità di <input type="checkbox"/> Proprietario <input type="checkbox"/> Locatario <input type="checkbox"/> Erede di _____ <input type="checkbox"/> Legale rappresentante di _____	
<input type="checkbox"/> Doppio pagamento (A-B) <input type="checkbox"/> pagamento non dovuto (B-C) <input type="checkbox"/> pagamento eccessivo (B) <input type="checkbox"/> altro motivo specif. (C)	
DATI DEL VEICOLO	CATEGORIA
Targa <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> autoveicolo <input type="radio"/> motoveicolo <input type="radio"/> ciclomotore <input type="radio"/> rimorchio
A	DATI DEL VERSAMENTO EFFETTUATO CORRETTAMENTE
	data del versamento giorno <input type="text"/> <input type="text"/> mese <input type="text"/> <input type="text"/> anno <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	scadenza mese <input type="text"/> <input type="text"/> anno <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	importo versato <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
	Targa <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Regione beneficiaria _____
B	DATI DEL VERSAMENTO DA RESTITUIRE
	data del versamento giorno <input type="text"/> <input type="text"/> mese <input type="text"/> <input type="text"/> anno <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	scadenza mese <input type="text"/> <input type="text"/> anno <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	importo versato <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
	Targa <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Regione beneficiaria _____
C	<u>Indicare la motivazione</u> _____ _____ _____

Allegati (tutta la documentazione in copia deve essere leggibile)

