



# COMUNE DI LACCHIARELLA

Città Metropolitana di Milano

Piazza Risorgimento, 1 - C.A.P. 20084 - Tel. 02 905 78 31 - Fax 02 900 76 622  
[www.comune.lacchiarella.mi.it](http://www.comune.lacchiarella.mi.it) - PEC: [protocollo@pec.comune.lacchiarella.mi.it](mailto:protocollo@pec.comune.lacchiarella.mi.it)  
C.F. 80094250158 - P. I.V.A. 04958350151

## RICHIESTA DI RATEIZZAZIONE (Art. 13 - Regolamento delle entrate)

persona fisica

Società

Il/La sottoscritto/a. \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

codice fiscale \_\_\_\_\_

in proprio (persone fisiche)

in qualità di \_\_\_\_\_  
(specificare se titolare/rappresentante legale/tutore/curatore/altro) **campo obbligatorio per società**

del/della \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

ai fini dell'esame e della trattazione di questa richiesta dichiara di essere domiciliato al seguente indirizzo:

Comune \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

presso (indicare eventuale domiciliatario) \_\_\_\_\_

MAIL: \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare le eventuali variazioni successive e riconosce che il Comune di Lacchiarella non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario all'indirizzo anagrafico o di posta elettronica dichiarato.

### CHIEDE

la dilazione delle somme indicate nei seguenti avvisi:

n \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

n \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

n \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

n \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

per un importo complessivo dieuro \_\_\_\_\_

secondo un piano di rateizzazione ordinario in numero rate \_\_\_\_\_ di importo: \_\_\_\_\_

L'importo di ciascuna rata non può essere inferiore a 50 euro

## DICHIARA

che lo/la stesso/a si trova in una temporanea situazione di obiettiva difficoltà dovuta ai seguenti motivi:

- cessazione del rapporto di lavoro di uno dei componenti del nucleo familiare;
  - contestuale scadenza di obbligazioni anche relative al pagamento di tributi e contributi di entità rilevante in rapporto all'ISEE;
  - pagamento di ingenti spese mediche determinate da una grave patologia insorta nel nucleo familiare;
  - decesso di uno dei componenti, fonte di reddito, del nucleo familiare;
  - nascita di uno o più figli all'interno del nucleo familiare;
  - eventi provocati da forza maggiore;
  - improvvise e oggettive crisi di mercato anche di carattere locale;
  - cessazione dell'attività della ditta individuale (risultante dal Registro delle imprese);
  - altro motivo (specificare): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## DICHIARA ALTRESÌ

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso decreto (in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi):

di essere \_\_\_\_\_

(specificare se titolare/rappresentante legale/tutore/curatore/altro)  
*della persona/ditta/società/associazione/ente sopra indicato/a;*

che non è stato depositato un accordo di ristrutturazione (art. 182-bis R.D. n. 267/1942 – Legge fallimentare), oppure un'istanza di transazione fiscale ai sensi dell'art. 182-ter della Legge fallimentare, oppure una domanda di concordato preventivo (art. 161 – Legge fallimentare) oppure una proposta di accordo o di piano per la composizione della crisi da sovraindebitamento (artt. 6 e seguenti della Legge n. 3/2012)6;

che la società non si trova in stato di liquidazione.

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa ex art. 13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati 2016/679, conferiti con questa richiesta e con i relativi allegati, e di accettarne i contenuti, anche con riferimento all'attivazione facoltativa del servizio informativo.

**N.B. Allegare copia del documento di identità.**

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

## DELEGA ALLA PRESENTAZIONE

(da compilare esclusivamente nell'ipotesi di presentazione da parte di un soggetto diverso dal richiedente)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in proprio;

in qualità

Di \_\_\_\_\_  
(specificare se titolare/rappresentante legale/tutore/curatore/altro)

del/della \_\_\_\_\_

delego il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

a consegnare la presente richiesta di rateizzazione;

a modificare (sottoscrivendone le parti modificate) la presente richiesta di rateizzazione;

a ritirare, sottoscrivendone copia per ricevuta, qualsiasi ulteriore comunicazione e/o provvedimento connesso a questa richiesta (comunicazione di avvio del procedimento, preavviso di rigetto, provvedimento di accoglimento della richiesta, provvedimento di rigetto).

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma del delegante** \_\_\_\_\_

**N.B. Allegare fotocopia del documento di identità del delegante e del delegato**