

# RIMBORSO DI DIRITTO ANNUALE NON DOVUTO

Domanda esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 5, Tabella – Allegato B, D.P.R. n. 642/1972; Agenzia delle Entrate, Risoluzione n. 12/E del 26 gennaio 2007

**Alla CAMERA DI COMMERCIO di  
FROSINONE  
Viale Roma, snc  
03100 FROSINONE**

Il/la sottoscritto/a<sup>1</sup> ..... nato/a il .....  
a ..... residente nel Comune di .....  
in via ..... n. .... CAP ..... telefono ..... codice  
fiscale ..... partita IVA .....  
in qualità di:  titolare  legale rappresentante  consulente dell'impresa denominata:  
.....  
iscritta al Registro Imprese di ..... n. .... con sede a .....  
via ..... n. .... CAP ..... telefono ...../.....  
codice fiscale ..... e-mail .....

## CHIEDE

il rimborso della somma di € ..... ( ..... )  
in cifre in lettere

versata erroneamente a codesta Camera di Commercio il/i giorno/i .....

### tramite:

- ADDEBITO TRAMITE CASSA AUTOMATICA
- MODELLO F24\*\*
- ALTRO (indicare) .....

### relativa alla seguente causale di versamento:

- DIRITTO ANNUALE (indicare) .....

**per i seguenti motivi:** (specificare sempre le ragioni per le quali si richiede il rimborso)

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

### A tal fine allega gli originali dei documenti, attestanti il suddetto pagamento:

- Ricevuta di Pagamento rilasciata dagli Uffici Camerali\*\*\*
- Originale Modello F24 \*\*
- Altro (indicare) .....

<sup>1</sup> nel caso in cui il richiedente sia soggetto diverso dall'intestatario del bollettino, lo stesso dovrà essere munito di delega scritta dell'intestatario, corredata da fotocopia del documento di identità. Copia della delega dovrà essere allegata alla presente domanda.

---

Il/La sottoscritto/a richiede inoltre che il rimborso venga effettuato con la seguente modalità:

**BENEFICIARIO: SOGGETTO A CUI ACCREDITARE IL RIMBORSO** (indicare sempre) \*

Cognome e Nome/**Denominazione**.....  
nato/a il ..... a..... Prov .....  
residente/**con sede** nel Comune di .....  
Prov. ....CAP.....in via ..... n. ....  
telefono ..... e-mail .....  
codice fiscale ..... partita IVA .....

**MODALITÀ DI ACCREDITO \*\*\*\***

accredito su c/c bancario

COORDINATE BANCARIE																											
<b>IBAN:</b>	<b>IT</b>																										

Assegno CIRCOLARE NON TRASFERIBILE

**NOTE:**

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

Luogo e data .....

Il richiedente  
In fede

.....

**AVVERTENZE:**

Si ricorda che il soggetto legittimato a richiedere il rimborso è l'intestatario del documento giustificativo allegato. Nel caso in cui il richiedente sia soggetto diverso dall'intestatario del bollettino, lo stesso dovrà essere munito di delega scritta dell'intestatario, corredata da fotocopia del documento di identità. Copia della delega dovrà essere allegata alla presente domanda.

**NOTE:**

\*Compilare il modello in tutte le sue parti lasciando un recapito telefonico o e-mail per eventuali comunicazioni o richieste di integrazione. Specificare motivo della richiesta, soggetto da rimborsare, dati per l'accredito ed eventuali altre note.

\*\* Si ricorda che per le imprese che hanno erroneamente versato il diritto annuo con modello F24 è possibile compensare l'importo con successivo versamento di contributi e imposte dello stesso soggetto.

\*\*\* Se l'attestazione è stata trattenuta dall'ufficio ricevente la pratica e non restituita all'atto dell'annullamento, in quanto già acquisita con la documentazione di cassa, specificarlo e allegare copia della ricevuta emessa dallo stesso ufficio ricevente.

\*\*\*\* In caso di richiesta di accredito bancario indicare i dati bancari completi riferiti al beneficiario del rimborso.

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

Il/La sottoscritto/a ..... dell'Ufficio ..... della Camera di  
Commercio di Frosinone, avendo riscontrato le condizioni di legittimità del rimborso, autorizza l'Ufficio  
camerale competente al rimborso delle somme indicate nella domanda.

N. protocollo pratica ..... del .....

Luogo e data .....

In fede

.....