Alla
CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA
E ASSISTENZA A FAVORE
DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
Via della Purificazione 31
00187 ROMA (RM)

c/a **UFFICIO RUOLI** (TEL.0647486201-254-379)
(FAX 0647486247)

OGGETTO: ISTANZA DI SGRAVIO CARTELLA ESATTORIALE N°……

Il/la sottoscritto/a …… nato/a a …… …… il ……/…../…….. residente a …….…… prov. …….. c.a.p. …… in via/piazza …….…….... n. …… tel. …… con studio in …….. prov. …… c.a.p. ……. via …… …… n. …….. tel./fax. ……, iscritto Cassa con decorrenza ……/……/…….. Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CHIEDE

- *lo sgravio **totale** della cartella esattoriale n° ……. relativa ai Ruoli di emissione anno …….;*

- *lo sgravio **parziale** della cartella esattoriale n° ……. relativa ai Ruoli di emissione anno ……., limitatamente alle contribuzioni e/o accessori riferentisi agli anni ……,*
  notificatami in data …….. dal Concessionario del Servizio Riscossione Tributi per la provincia di ……. per le seguenti motivazioni:

_____

_____

_____

ALLEGA

- *la copia della suindicata cartella esattoriale;*
- *copie dei versamenti effettuati direttamente sul c/c postale 490011, intestato a codesta Cassa;*
- *certificato di chiusura partita I.V.A.;*
- *copia richiesta di restituzione dei contributi ai sensi dell'art. 21 L. n° 21/86;*
- _____;
- _____;
- _____.

..... , ……./……/……. *Firma* ……