

Al SUAP del Comune
di Trapani
Pec: suap@comune.trapani.it

All'Ufficio Dogane di
TRAPANI
Pec: dogane.trapani@pec.adm.gov.it

OGGETTO: Istanza di rimborso ai sensi del D.M. 29 marzo 1994.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ___ / ___ / _____ residente
in _____ Via _____ C.F.: _____
P.IVA. _____ Tel. _____ titolare, ai sensi della legge n. 21/1992,
di □ – 1 – licenza taxi n. _____ del ___ / ___ / _____ rilasciata dal Comune di TRAPANI espletato n
autovettura : _____ Telaio _____
_____ targata _____ alimentata a:

benzina gpl-benzina gasolio metano

CHIEDE

Che gli venga concesso il rimborso dell'accisa sui carburanti, mediante credito d'imposta, ai sensi
della vigente normativa per il periodo compreso tra il ___ / ___ / _____ ed il ___ / ___ / _____.

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000:

- di essere in possesso di tutti i requisiti di legge per l'espletamento dell'attività ;
- di non aver subito provvedimenti di sospensione o revoca della licenza/autorizzazione
sopraindicata;
- di non avere effettuato interruzioni del servizio per malattia od altra causa;
- di aver effettuato interruzioni di servizio per i sottoelencati giorni di assenza per mese;

mese	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC	TOT
n. giorni													

- di aver tenuto a disposizione di qualsiasi avventore la propria autovettura di cui sopra, per
tutto il periodo compreso tra il _____ ed il _____ (giorni _____).

TRAPANI, li ___ / ___ / _____

FIRMA

**3° Settore S.U.A.P. COMUNE DI TRAPANI
IL DIRIGENTE**

Visti

- l'istanza prot.n. _____ del _____ avente per oggetto **“Rimborso ai sensi del D.M. 29 marzo 1994;**
- la dichiarazione sostitutiva sopra riportata;
- gli atti d'ufficio;
- Decreto 29 marzo 1994;

ATTESTA

ai sensi dell'art. 2 del Decreto 29 marzo 1994;

Che per l'anno _____

Il Sig. _____ Titolare della Ditta omonima come sopra indicato, **è in possesso** della Licenza per TAXI rilasciata dal Comune di **TRAPANI** n. _____ del ___ / ___ / _____.

Che il servizio risulta espletato con autovettura _____ telaio n. _____ targata _____ alimentata a:

benzina gpl-benzina gasolio metano

Che sussistono tutti i requisiti per l'espletamento dell'attività

Che il medesimo non ha subito provvedimenti di sospensione o revoca della licenza sopra indicata

Che il medesimo non ha subito provvedimenti di sospensione o revoca della licenza sopra indicata;

Di avere effettuato interruzioni del servizio per i sotto elencati giorni di assenza per :

mese	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC	TOT
n. giorni													

di aver tenuto a disposizione di qualsiasi avventore la propria autovettura di cui sopra, per tutto il periodo compreso tra il _____ ed il _____ (giorni _____).

TRAPANI, li ___ / ___ / _____

*Il Responsabile SUAP
Dott.ssa Rosaria Montalbano*

*Il Dirigente a.i.
Arch. Vincenza Canale*