



FUENSALIDA
AYUNTAMIENTO

(Espacio reservado para el registro de entrada)

SOLICITUD DEVOLUCIÓN DE INGRESOS INDEBIDOS

MODELO: 14

V24

Solicitante	Apellidos y nombre o razón social: (*)			DNI/CIF: (*)		
	Dirección: (*)		Núm / Esc / Pº / pª (*)	Municipio (Provincia): (*)		C.P.: (*)
	Tfno fijo de contacto: (*)		Tfno móvil de contacto: (*)		Dirección de correo electrónico:	

Representante	Apellidos y nombre o razón social: (*)			DNI/CIF: (*)		
	Dirección: (*)		Núm / Esc / Pº / pª (*)	Municipio (Provincia): (*)		C.P.: (*)
	Tfno fijo de contacto: (*)		Tfno móvil de contacto: (*)		Dirección de correo electrónico:	

Si es sujeto obligado según el art. 14.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común se le notificará telemáticamente; se le enviará aviso de notificación al correo electrónico facilitado.

Notificación	Si es persona física (seleccione una de las siguientes opciones): <input type="checkbox"/> Sólo notificación electrónica. <input type="checkbox"/> Notificación electrónica y notificación en papel.					
	Si es sujeto obligado según el art. 14.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común se le notificará telemáticamente; se le enviará aviso de notificación al correo electrónico facilitado.					

Expone	SOLICITO EL RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA DEVOLUCIÓN DE LO INGRESADO INDEBIDAMENTE POR:					
	<input type="checkbox"/> Duplicidad de Pago <input type="checkbox"/> La cantidad pagada ha sido superior al importe de la deuda tributaria. <input type="checkbox"/> Anulación de la Deuda <input type="checkbox"/> Otros Para lo cual, formulo las siguientes alegaciones:					

Documentación	<input type="checkbox"/> Fotocopia del primer ingreso. (*) <input type="checkbox"/> Recibo original del segundo ingreso. (*) <input type="checkbox"/> Otros																											
	IBAN (24 dígitos): <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>E</td><td>S</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>						E	S																				
E	S																											

Fecha	En Fuensalida a	Firma (*)
-------	-----------------	-----------

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (EU) 2016/679 y con la normativa española vigente, con su firma de aceptación de la solicitud consiente expresamente y autoriza como Responsable del Tratamiento al AYUNTAMIENTO DE FUENSALIDA, con CIF P4506600H y e-mail secretaria@fuensalida.com, para el tratamiento de todos los datos personales facilitados a fin de prestarle el servicio solicitado y realizar la gestión del mismo. Los datos proporcionados no se cederán a terceros salvo en los casos que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos, solicitar su supresión, limitación u oposición y en su caso portabilidad.

ANEXO

INFORME: En relación con la solicitud que antecede, vista la documentación aportada y los requisitos exigidos en el art. 14 de la art. 14 de la Ley 39/1988, de 28 de diciembre, y el RD 1163/90, de 21 de septiembre, en relación con el art. 155 de la LGT, en cuanto a la devolución de ingresos indebidos con ocasión del pago de las deudas tributarias, SE PROPONE

;

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

Fuensalida, a de de

Fiscalizado

La Interventora

La Tesorera

JUNTA LOCAL DE GOBIERNO DEL EXCMO. AYTO. DE FUENSALIDA