



TRIBUNALE DI TERNI

RINUNCIA ALL'EREDITA'

Solo su appuntamento:

telefonare al numero 0744/398125 dalle ore 12.00 alle ore 13.00

Il Funzionario incaricato redigerà il verbale di rinuncia all'eredità. Il servizio si occupa di ricevere le istanze di rinuncia dell'eredità nel caso in cui il chiamato all'eredità non intenda accettarla.

Soggetti Interessati: Gli eredi, il genitore o il tutore se la rinuncia viene fatta per minori, interdetti e inabilitati: in questo caso è necessaria l'autorizzazione del Giudice Tutelare del luogo di residenza del minore o del tutore.

In caso di successione testamentaria copia autentica del testamento

Competenza del Tribunale di Terni se l'ultimo domicilio del defunto era in uno dei Comuni del Mandamento (Terni, Acquasparta, Alviano, Amelia, Arrone, Attigliano, Avigliano, Calvi dell'Umbria, Ferentillo, Giove, Guardea, Lugnano in Teverina, Montecastrilli, Montefranco, Narni, Otricoli, Penna in Teverina, Polino, Sangemini, Stroncone, Orvieto, Allerona, Baschi, Castel Giorgio, Castel Viscardo, Fabro, Ficulle, Montecchio, Montegabbione, Monteleone di Orvieto, Parrano, Porano, San Venanzo).

COSA OCCORRE

- ❖ Codice Fiscale del defunto;
- ❖ Codice Fiscale e documento di riconoscimento valido del o dei dichiaranti;
- ❖ Certificato di morte originale in carta libera;
- ❖ Marca da bollo di € 16,00 ;
- ❖ Ricevute del versamento a mezzo F24 (Ritirando in Cancelleria il fac-simile o scaricandolo dal sito [www. <http://www.giustizia.umbria.it/giustiziapg/it/tribunaleterni.page>](http://www.giustizia.umbria.it/giustiziapg/it/tribunaleterni.page)) per un importo UNICO di € 200,00;

**Se vi sono MINORI / AMMINISTRATI
OCCORRE**

- Copia autentica dell'autorizzazione del Giudice Tutelare;
- Codice Fiscale del Minore / Amministrato da produrre all'atto della Rinuncia

COSTI x eventuale ritiro Copia

- ❖ 1 marca da bollo da € 16,00 ogni 4 pagine
- ❖ 1 marca da bollo da € 11,63 per diritti di cancelleria ogni 4 pagine; € 13,58 da 5 a 10 pagine

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 8 0 0 0 6 9 3 0 5 5 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI **TRIBUNALE DI TERNI** nome

data di nascita sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.

giorno mese anno

DOMICILIO FISCALE **TERNI** prov. via e numero civico

T R

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare codice identificativo 0 8

QUI INDICARE IL CODICE FISCALE DEL DEFUNTO

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/regione/prov./ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
IMPOSTE DIRETTE - IVA	A196		2020	200,00			
RITENUTE ALLA FONTE							
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI							
codice ufficio	codice atto					+/-	SALDO (A-B)
T 3 K	0 0 1 6 4 8 5 9 4 7 2	TOTALE A				200,00	B
						+	200,00

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati		
						+/-	SALDO (C-D)
TOTALE C					D		

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
FAC SIMILE							
						+/-	SALDO (E-F)
TOTALE E					F		

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Raw.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
											+/-	SALDO (G-H)
TOTALE G										H		

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati		
							+/-	SALDO (I-L)
TOTALE I						L		

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati		
								+/-	SALDO (M-N)
TOTALE M							N		

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 200,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno	<input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno mese anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	n.ro	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
			tratto / emesso su	cod. ABI CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

IT

firma