



Expte:

**SUJETO PASIVO / REPRESENTANTE**

|                       |           |                     |            |
|-----------------------|-----------|---------------------|------------|
| Nombre sujeto pasivo: |           |                     | NIF.:      |
| Domicilio:            |           |                     | Municipio: |
| Código Postal:        | Teléfono: | Correo electrónico: |            |
| Nombre representante: |           |                     | NIF.:      |
| Domicilio:            |           |                     | Municipio: |
| Código Postal:        | Teléfono: | Correo electrónico: |            |

**DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD**

**Causa de la petición:**

- ☐ Duplicidad en el pago.  
☐ Error sujeto pasivo  
☐ Por ingreso posterior a la prescripción de la acción.  
☐ Devolución parcial Impuesto sobre Vehículos de Tracción Mecánica por baja del vehículo. Fecha baja: .....  
☐ Devolución parcial Impuesto sobre Actividades Económicas por cese actividad. Fecha cese: .....  
☐ Otro supuesto: .....  
.....

**Datos referentes a la liquidación**

Concepto tributario: .....  
Núm.de liquidación o documento cobratorio: .....Ejercicio:.....  
Importe ingresado: .....Importe a devolver: .....

Cuenta Bancaria (Código IBAN) en la que se realizará la devolución: **(dato imprescindible)**

Titular de la cuenta: Nombre y Apellidos:

NIF:

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| E | S |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**DOCUMENTACIÓN APORTADA**

**Rellene con una x la documentación presentada:**

- ☐ Fotocopia del DNI ó CIF.  
☐ Documento original acreditativo del pago y copia para su compulsa.  
☐ Declaración de cese en la actividad (IAE).  
☐ Declaración de baja definitiva del vehículo en la Jefatura Provincial de Tráfico (Impuesto sobre Vehículos Tracción Mecánica).  
☐ Otros

**SOLICITA**

Sea admitida la presente instancia y en consecuencia le sea autorizada la petición expuesta, para lo cual autorizo expresamente a la Administración Municipal a recabar de cualquier otra Administración, empresa, entidad o particular la información necesaria para verificar los datos por mí declarados y la documentación aportada.

Fecha: ..... de .....de 20.....  
(Firma)

De acuerdo con la normativa de protección de datos, le informamos que los datos personales que va a facilitar serán tratados por el Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón para la gestión, control y seguimiento de los ingresos tributarios y la recaudación municipal, además de para mantenerle informado de asuntos relacionados con sus obligaciones jurídicas tributarias y de información municipal relevante.

Puede ejercitar, en los casos en que proceda, sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito al Registro General del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón (Plaza Mayor, nº 1 – 28223 Madrid).

Plaza Mayor nº1 | 28223 Pozuelo de Alarcón. Madrid | Teléfono: 91 452 27 04/05  
Correo electrónico: att.contribuyente@pozuelo.madrid | Teléfono información general: 010