

SOLICITUD DE FRACCIONAMIENTO/APLAZAMIENTO DE DEUDAS NO TRIBUTARIAS V2-2022

DATOS DE EL/LA INTERESADO/A

D.N.I / N.I.F	Nombre	Apellidos	Razón Social
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	Movil	Fax	Correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE EL/LA REPRESENTANTE

 Legal (*)

D.N.I / N.I.E	Nombre	Apellidos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	Movil	Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico		
<input type="text"/>		

(*) Declaro que la representación legal que ostento se encuentra vigente en la actualidad conforme a los artículos 5 y 6 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre.

MEDIO PREFERENTE A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

 Interesado/a

 Representante

 FORMA TELEMÁTICA (*)

Dirección de correo electrónico a efectos de avisos:

(*)Están obligados a recibir notificaciones por vía electrónica, al menos, los sujetos comprendidos en el artículo 14 de la citada ley 39/2015, de 1 de octubre.

 DIRECCIÓN POSTAL (*) Opción disponible únicamente para persona física

N.I.F/ N.I.E	Nombre y Apellidos // Razón Social			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Tipo de Vía	Nombre de Vía			N.º
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia				Localidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>

IDENTIFICACIÓN DE LA DEUDA *

Nº Expediente Sancionador

Nº Expediente Económico

(*) Deberá aportar copia de la/s carta/s de pago sobre las que solicita el aplazamiento/fraccionamiento de la deuda.

Nº de la Liquidación	Importe	Ingresado a cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE DOMICILIACIÓN BANCARIA *

Código de cuenta corriente IBAN

Denominación de Banco o Caja	País	D.C	Entidad	Sucursal	D.C	Número de Cuenta
<input type="text"/>	E	S	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

La domiciliación del pago de los fraccionamientos queda ordenada con la firma de esta solicitud.

La cuenta designada deberá cumplir las siguientes condiciones:

- Ser de titularidad del obligado al pago.
- Tratarse de una cuenta que admita domiciliaciones de pagos y que dicha cuenta se encuentre abierta en una entidad que preste servicios bancarios y esté adherida al esquema de adeudados domiciliados detallados en la Orden de 10 de diciembre de 2014 (BOC 19.12.2014).
- El obligado tributario no podrá solicitar ante la entidad financiera devoluciones de cargos efectivamente realizados, debiendo efectuar, en su caso, la solicitud de devolución de ingresos indebidos ante esta Administración.

CAUSAS QUE MOTIVAN LA SOLICITUD

- Dificultades económico-financieras de carácter transitorio.
 Otras causas. Especificar en el cuadro inferior

SEÑALE EL IMPORTE DE LA SOLICITUD

Según Art. 2 de la Orden HAP/2178/2015, de 9 de octubre

- Deudas hasta 30.000€ sin garantía.
 Deudas superiores a 30.000€ con garantía

PROPUESTA DE PAGO

Aplazamiento

Fraccionamiento

- 3 meses. 12 meses. 36 meses. Otro
 6 meses. 24 meses. 48 meses.

DOCUMENTACION REQUERIDA

Solicitud

- Deudas hasta 30.000€ sin garantía.

Garantía (Para aquellos supuestos exigidos en la normativa)*

- Compromiso de Aval solidario de la entidad de crédito o sociedad de garantía recíproca..
 Certificado de Seguro de Caución.
 Otras: hipoteca inmobiliaria o mobiliaria, prenda (...).(Deberá justificarse que no es posible obtener las garantías anteriores.

* Deberán cubrir el importe total de la deuda, los intereses de demora y el 25% de ambas cantidades.

Otra documentación, relacionada.

- Acreditación ingresos.

Otro

OBSERVACIONES:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO - Agencia Canaria de Protección del Medio Natural || **FINALIDAD** - Tramitación de la solicitud || **LEGITIMACIÓN** - Artículos 6.1 a , c y e RGPD || **DESTINATARIOS** - Organismos obligados por Ley || **DERECHOS** - Puede ejercer sus derechos de acceso rectificación, supresión y oposición, portabilidad y limitación, a no ser objeto de decisiones automatizadas y a retirar el consentimiento prestado || **DELEGADO DE PROTECCIÓN** - tratamientodatos.acpmn@gobiernodecanarias.org || **INFORMACIÓN ADICIONAL** - www.sede.apmun.org Apartado Protección de Datos.

En _____, a _____ de _____ de _____

A ILTMO SR. DIRECTOR EJECUTIVO DE LA AGENCIA CANARIA DE PROTECCIÓN DEL MEDIO NATURAL

Firma del Solicitante: