

# TRIBUNALE ORDINARIO DI ROMA

## UFFICIO SUCCESSIONI

### ACCETTAZIONE E RINUNCIA CARICA ESECUTORE TESTAMENTARIO

- COPIA CONFORME TESTAMENTO
- MARCA DA BOLLO DA € **16,00**
- L'ACCETTAZIONE E' SOGGETTA ALLA TASSA DI REGISTRAZIONE DI € **200,00** DA VERSARE SECONDO L'ALLEGATO MODELLO F23

PER AVERE COPIA DELL'ATTO MARCA DA:

- € **11,63** (RILASCIO DOPO 5 GIORNI)
- € **34,89** (RILASCIO A VISTA)

### RINUNCIA CARICA ESECUTORE TESTAMENTARIO

STESSE MODALITA' DELL'ACCETTAZIONE ESCLUSA LA TASSA DI REGISTRO

**N.B.**

**il Tribunale è competente se il domicilio del defunto era Roma**

**Per gli atti è necessario il possesso di un documento valido (carta d'identità)**

## ORARIO

Esclusivamente per appuntamento al seguente indirizzo di posta elettronica;

[successioni.tribunale.roma@giustizia.it](mailto:successioni.tribunale.roma@giustizia.it)

l'Ufficio risponde entro 7 giorni

Indicare sempre la data del decesso e **solo** il numero delle persone (solo il cognome e **NON** anche dati anagrafici o altri elementi **NON NECESSARI AI FINI DELLA RICHIESTA DI UN APPUNTAMENTO**)

**NON INVIARE TRAMITE PEC**



**MODELLO DI PAGAMENTO:  
TASSE, IMPOSTE, SANZIONI  
E ALTRE ENTRATE**

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

--

2. DELEGA IRREVOCABILE A

--

AGENZIA/UFFICIO	PROV.
-----------------	-------

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (\*)

--

**DATI ANAGRAFICI**

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE	NOME	DATA DI NASCITA
<b>4. DATI ESECUTORE TESTAMENTARIO</b>		
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV. CODICE FISCALE

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE	NOME	DATA DI NASCITA
<b>5. DATI DEFUNTO</b>		
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV. CODICE FISCALE

**DATI DEL VERSAMENTO**

6. UFFICIO O ENTE	7. COD. TERRITORIALE (*)	8. CONTENZIOSO	9. CAUSALE	10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO
T J P			R G	Anno Numero
codice sub. codice (*)				

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
1 0 9 T	ACCETTAZIONE CARICA ESECUTORE TESTAMENTARIO	200,00	
	PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO	200,00	

EURO (lettere)

--

ESTREMI DEL VERSAMENTO <small>(DA COMPILARE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BANCA O DELLE POSTE)</small>			
DATA		CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
giorno	mese	anno	

FIRMA
-------

Autorizzo addebito sul conto corrente bancario			
n.	/		
	cod. ABI	CAB	
firma			