

TRIBUNALE ORDINARIO DI ROMA

UFFICIO SUCCESSIONI

V.le Giulio Cesare n. 54/b
Piano Terra stanza 6
Fermata della metro A "Lepanto"

DISPOSIZIONI PER L'ACCETTAZIONE CON BENEFICIO DI INVENTARIO

L'accettazione dell'eredità è una dichiarazione solenne che viene resa, **personalmente**, (la rappresentanza è ammessa solo tramite procura notarile) **innanzi al Cancelliere del Tribunale del luogo in cui il defunto aveva il suo ultimo domicilio** ovvero avanti ad un qualsiasi Notaio della Repubblica Italiana.

Nel caso che l'accettante non abbia la capacità di agire, l'accettazione viene resa dal genitore, tutore, amministratore di sostegno previa autorizzazione del Giudice Tutelare.

Per rivolgersi a questo Tribunale è necessario che l'ultimo domicilio del defunto sia ROMA

ORARIO

Esclusivamente per appuntamento previa prenotazione su apposita piattaforma telematica raggiungibile dalla home page del sito ufficiale del Tribunale Ordinario di Roma attraverso lo spazio dedicato alle "*Prenotazioni, appuntamenti on line presso le cancellerie*" al seguente link [Prenotazione appuntamento presso l'Ufficio Successioni del Tribunale di Roma - Zucchetti Fallco \(fallcoveb.it\)](http://fallcoveb.it); e ciò anche in tutti i casi in cui precedenti appuntamenti siano stati annullati a causa dell'emergenza Covid-19. Le disponibilità per nuovi appuntamenti vengono aggiornate ogni primo giorno lavorativo di ciascun mese.

DOCUMENTI NECESSARI:

(anche se più persone effettuano l'atto contemporaneamente)

1. documento personale di identità valido (carta d'identità);
2. fotocopia del certificato di morte (in sola visione) oppure gli esatti dati anagrafici della persona scomparsa;
3. **solo per il caso di soggetti incapaci (minori, interdetti, inabilitati)**, copia conforme dell'autorizzazione del Giudice Tutelare;
4. codice fiscale del defunto e dell'accettante;
5. **2 marche** da bollo da € 16,00 + **1 marca** da bollo da € 11,63;
6. versamento per trascrizione di € 294,00 da effettuarsi tramite **MOD. F24 ELIDE SUBITO DOPO** la redazione dell'atto di accettazione con beneficio d'inventario (in quanto sul Mod. F24 Elide deve essere riportato, tra le altre cose, anche il numero e l'anno dell'atto).

È DOVUTA UN'UNICA TASSA DI REGISTRO DA € 294,00 ANCHE PER PIÙ PERSONE CHE EFFETTUANO L'ATTO CONTEMPORANEAMENTE

Per il rilascio immediato di una copia dell'atto (l'originale viene custodito presso l'ufficio): una marca da € 34,89 ovvero € 11,63 per il rilascio dopo 5 giorni.

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DATI DEL RICHIEDENTE

DELEGA IRREVOCABILE A:
AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

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

giorno mese anno

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

SEZIONE ERARIO ED ALTRO

codice ufficio

codice atto

K V 7

ANNO DI EMISSIONE DELL'ATTO

tipo

elementi identificativi

codice

anno di riferimento

importi a debito versati

tipo	elementi identificativi	codice	anno di riferimento	importi a debito versati
R		T 9 1 T		59,00
R		T 9 2 T		200,00
R		T 9 3 T		35,00

NUMERO DI RUOLO GENERALE DELL'ATTO

FIRMA

SALDO FINALE

EURO +

294,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

n.ro

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su

conto corrente bancario n°

cod. ABI

CAB

firma

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO **DATI DEL RICHIEDENTE**

DELEGA IRREVOCABILE A:
AGENZIA

PROV. _____

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale _____ nome _____

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____
giorno mese anno

comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo _____

SEZIONE ERARIO ED ALTRO

codice ufficio _____ codice atto _____
K | V | 7

ANNO DI EMISSIONE DELL'ATTO

tipo	elementi identificativi	codice	anno di riferimento	importi a debito versati
R		T 9 1 T		59,00
R		T 9 2 T		200,00
R		T 9 3 T		35,00
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,
				,

NUMERO DI RUOLO GENERALE DELL'ATTO

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + _____ 294,00

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

DATA: giorno _____ mese _____ anno _____

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA _____ CAB/SPORTELLI _____

Pagamento effettuato con assegno: bancario/postale circolare/vaglia postale

n.ro _____ tratto / emesso su _____

cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente bancario n° _____ cod. ABI _____ CAB _____ firma _____

ABI e CAB

1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/RISCOSSIONE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DATI DEL RICHIEDENTE

DELEGA IRREVOCABILE A:
AGENZIA

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

data di nascita
giorno mese anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

SEZIONE ERARIO ED ALTRO

codice ufficio
K V 7

codice atto

ANNO DI EMISSIONE DELL'ATTO

tipo	elementi identificativi	codice	importo a debito versati
R		T 9 1 T	59,00
R		T 9 2 T	200,00
R		T 9 3 T	35,00
			,
			,
			,
			,
			,
			,
			,
			,
			,
			,
			,
			,
			,
			,
			,
			,
			,
			,
			,
			,
			,
			,

NUMERO DI RUOLO GENERALE DELL'ATTO

FIRMA

SALDO FINALE
EURO + _____ **294,00**

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

DATA giorno mese anno	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____
	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	

Autorizzo addebito su conto corrente bancario n° _____ cod. ABI _____ CAB _____ firma _____

ABI e CAB

MOD. F24 VERSAMENTI CON ELEMENTI IDENTIFICATIVI - 2009 EURO