

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 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 Fallico \(fallcoveb.it\)](https://www.fallico.it/uffici-successioni-roma); 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.



**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

4. **DATI ESECUTORE TESTAMENTARIO**

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____

SESSO M o F COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE _____ PROV. _____ CODICE FISCALE _____
giorno mese anno

5. **DATI DEFUNTO**

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____

SESSO M o F COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE _____ PROV. _____ CODICE FISCALE _____
giorno mese anno

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	200,00	
	ESECUTORE TESTAMENTARIO	,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		200,00	

EURO (lettere) _____
PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

ESTREMI DEL VERSAMENTO
(DA COMPILARE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BANCA O DELLE POSTE)

DATA	CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
	AZIENDA	CAB/SPORELLO
giorno mese anno		

FIRMA

Autorizzo addebito sul conto corrente bancario

n. _____ / _____
cod. ABI CAB

firma _____

MOD. F 23 - 2002 EURO