

Oggetto: Domanda di rimborso per pagamenti non dovuti

Il/la sottoscritto/a, C.F.,
Partita IVA, nato/a a il,
e residente a in via,
Tel., Cell.
Email PEC

CHIEDE

Il rimborso dell'importo di € _____ dallo stesso versato mediante sistema PagoPA in data _____ per i seguenti servizi e attività:

- Servizio trasporto scolastico: Alunno _____
- Servizio cimiteriale
- Utilizzo sale comunali
- Utilizzo sala teatro
- Sanzione amministrativa Verbale n. _____ del _____
- Sanzione amministrativa violazione al Codice della Strada Verbale n. _____ del _____
- Altro (indicare esattamente il tipo di servizio/attività per il quale è stato effettuato il versamento) :

La richiesta di rimborso è motivata da: (indicare esattamente il motivo della richiesta di rimborso)

Ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i. nonché del Regolamento UE 679/2016, autorizza il Comune di Campolongo Maggiore al trattamento dei dati personali, anche a mezzo di strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale questa dichiarazione viene resa;

Allega:

Copia della ricevuta di pagamento PagoPA
Copia documento d'identità
Modulo modalità pagamento

.....
Firma

Spett.le
COMUNE DI CAMPOLONGO MAGGIORE
UFFICIO RAGIONERIA
Via Roma, 68
30010 CAMPOLONGO MAGGIORE (VE)
Tel. 049/58.49.132 – Fax 049/58.49.151

• *Cognome e Nome oppure Ditta :*

.....

- Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Partita IVA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo: (via,) n°

(c.a.p.) (città) (prov.) - Tel.

Email PEC

• *compilare anche questo campo se Persona Fisica:*

nato a il

chiede che i Mandati di pagamento emessi a proprio favore siano estinti mediante:

(*compilare la parte interessata*)

Quietanza diretta (ritiro della somma in contanti) per importi inferiori a € 1.000,00 da parte Sig/Sig.ra.....

C. F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 in qualità di

Presso la Cassa di Risparmio di Venezia – Intesa SanPaolo - Agenzia di Campolongo Maggiore (VE) Servizio di Tesoreria - Via Ettore Majorana,1 (*Senza spese*)

Bonifico Bancario o Postale - Codice IBAN: (*obbligatorio inserire i dati in ogni casella*)

intestato a:
(*è obbligatorio che il conto corrente sia quello del beneficiario, altrimenti la Banca non potrà effettuare il pagamento*)

Stato	Banca	CIN	ABI	CAB															Numero										

presso la Banca o Posta Agenzia di
(*senza spese*)

Data _____

.....
(*firma per esteso – se Ditta anche il timbro*)

Versione del 08.10.202012