



Via Labriola, 1 37054 Nogara (VR)
Tel. 0442/511045 - Fax 0442/513563
info@esacom.it

RICHIESTA DI RIMBORSO

CODICE ANAGRAFICO _____

La richiesta viene compilata da (cognome/nome) _____ per conto di (cognome/nome) _____
in qualità di (grado di parentela) : _____

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente nel Comune di _____ Via _____ n. ____ int. _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

Consapevole che in caso vengano accertate false dichiarazioni (artt. 75 e 76 del T.U. 28/12/2000 n. 445) verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia e la decorrenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi del Regolamento Comunale

CHIEDE IL RIMBORSO

dell'importo di € _____ relativo al documento n. _____ del _____

PER IL SEGUENTE MOTIVO:

- pagamento doppio
 chiusura posizione per trasferimento
 decesso intestatario
 altro _____

DA EFFETTUARE TRAMITE :

- prossima emissione
 banca (riportare le coordinate bancarie per effettuare il rimborso)

BANCA/POSTA	CODICE IBAN	C/CORRENTE
Intestato a : _____		

ALLEGARE ALLA PRESENTE :

- Copia bollettino/contabile bonifico attestante l'effettuato pagamento;
- Copia documento identità del dichiarante

Nel caso di decesso dell'intestatario

- Copia certificato di morte
- Delega e relativa copia dei documenti degli eredi richiedenti

In riferimento a quanto previsto da Reg. Europeo 679/2016, acconsento al trattamento dei dati in funzione dei contenuti specificati nell'informativa al seguente indirizzo web: <http://www.esacom.it/informativa-privacy> e di cui ho preso visione.

Il consenso è da ritenersi valevole per il trattamento finalizzato alla gestione della richiesta.

Esprimo il Consenso al Trattamento

Data, _____

Firma del dichiarante _____

Modulo da riconsegnare a mano/posta a : ESA-Com SPA - Via Labriola, 1 37054 Nogara (VR) o tramite fax al n. 0442/513563 o tramite mail :info@esacom.it