



**Al Dirigente Responsabile  
del Settore S4 -  
Al Settore Finanze, Bilancio  
Controllo Gestione**

<b>Oggetto:</b>	<b>Richiesta Rimborso Oneri</b>
-----------------	---------------------------------

**Se Persona Fisica:**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Cod. Fiscale/P.iva \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**Se Persona Giuridica:**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

in qualità di Legale Rappresentante di \_\_\_\_\_ (Società/Condominio)

Cod. Fiscale/P.iva \_\_\_\_\_ con Sede in Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**RICHIEDE RIMBORSO**

della somma di € \_\_\_\_\_, già versata, relativamente al Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

/Pratica n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Per la seguente motivazione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## MODALITÀ DI PAGAMENTO

L'erogazione del rimborso, dovrà avvenire tramite bonifico bancario presso:

Nome Ente (Banca/Poste) \_\_\_\_\_

Intestatario \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

### **Allegare**

*Documentazione Obbligatoria*

- **Fotocopia dell'IBAN rilasciato dall'Ente (Banca/Poste) con esatta indicazione dell'intestatario del Conto.**
- **Attestazione dei pagamenti effettuati.**

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

#### **Informativa sulla privacy**

L'interessato dichiara di essere informato secondo quanto previsto dall' Art. 13 D.Lgs. 196/2003 di quanto segue: "Il Comune di Carpi, in qualità di Titolare del trattamento, e' in possesso dei sopracitati dati personali, identificativi per adempiere alle normali operazioni derivanti da obbligo di legge e/o istituzionali e/o da regolamenti previsti per attuare le finalità indicate. In qualunque momento l'interessato potrà esercitare i diritti degli interessati di cui all'art. 7 del D.Lgs. n.196/2003 contattando il Responsabile del Settore A9- Pianificazione Urbanistica ed Edilizia Privata nella persona del Dirigente pro-tempore, con sede in Via Peruzzi 2 - Carpi (Mo), tel. 059 649079, fax 059 649141.