

Spett.le COMUNE DI SOVERE
24060 - SOVERE (BG)
UFFICIO TRIBUTI

RICHIESTA RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ Codice Fiscale _____ e residente a
_____ CAP _____ in Via _____
n. _____ Tel. _____ e/o Cell. _____

CHIEDO

il rimborso della somma di € _____ per i seguenti motivi:

Il rimborso dovrà avvenire:

per accredito su conto corrente bancario/ postale coordinate IBAN:

Data _____

Firma _____