



**COMUNE DI
CELLE LIGURE**

PROVINCIA
DI SAVONA

VIA S. BOAGNO 11
17015 - CELLE
LIGURE

Tel. 019/99801
Fax 019/993599
info@comune.celle.sv.it
www.comune.celle.sv.it



registrato (riservato Ufficio) □

RICHIESTA RIMBORSO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ____/____/____

residente a _____ prov ____ c.a.p. _____

Via _____ n° _____ int. _____

Telefono _____ email _____ @ _____

Codice Fiscale

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

CHIEDE

Il rimborso di € _____ erroneamente versati a titolo di _____ e non dovuti per le seguenti motivazioni:

a tal fine si allega:

codice IBAN

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

Data, ____/____/20__

firma _____