



**AL
FUNZIONARIO RESPONSABILE
DELLA SOCIETÀ CONCESSIONARIA
DEL COMUNE DI MANFREDONIA**

**C.O.S.A.P TEMPORANEA/PERMANENTE
MODELLO RICHIESTA RIMBORSO**

CONTRIBUENTE Nr. _____

Il/la sottoscritto/a _____ C.F/Iva _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ Via _____

nr. _____ Cap. _____

CHIEDE IL RIMBORSO DELLE SOMME VERSATE IN ECCEDEXZA PER GLI ANNI _____

Motivazioni: _____

Allegati:

1. _____

2. _____

3. _____

Manfredonia, li _____

Il dichiarante

Identificato con documento di riconoscimento _____ nr. _____,

del _____, rilasciato da _____