GEOVEST S.R.L.
Sede Legale: **Piazza G. Verdi, 6/E – 41034 FINALE EMILIA (MO)**
Uffici Amm inistrativi: Via Dell'Oasi , 373 – 40014 CREVALCORE (BO)
Tel 051 982799 – Fax 051 981714 – Sito web: www.geovest.it

RICHIESTA DI RIMBORSO TARIFFA RIFIUTI Utenze Domestiche

IL SOTTOSCRITTO/A _____,

NATO/A _____ PROV. _____ IL _____/_____/_____ RESIDENTE IN

VIA/PIAZZA _____ N. _____ CAP _____

CITTA' _____ PROV. _____ TEL. ☎ _____

COD. FISC. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

❑ quale intestatario/a della Tariffa Igiene Ambientale del Comune di _____

❑ quale erede del/la Sig./Sig.ra _____ intestatario/a della Tariffa Igiene Ambientale del Comune di _____

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 decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera, *ai sensi del Regolamento Comunale per l'applicazione della Tariffa Igiene Ambientale*

CHIEDE

Il Rimborso di € _____ relativo alla Ft. n. _____ del _____

PER IL SEGUENTE MOTIVO

☐ pagamento in eccesso rata/e;

☐ chiusura posizione per trasferimento;

☐ decesso intestatario T.I.A.;

☐ ALTRO _____

COORDINATE BANCARIE PER EFFETTUARE IL RIMBORSO

BANCA _____	
CODICE IBAN	**|I |T** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **(esempio: IT56A0638537060100205402185)**
INTESTATO A _____ **(se diverso dal dichiarante)**	

ALLEGARE ALLA PRESENTE:

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

Nel caso di decesso dell'intestatario T.I.A.:

- Copia certificato di morte;
- Copia dichiarazione sostitutiva atto di notorietà;
- Delega e relativa copia dei documenti degli eredi richiedenti

Dichiaro di essere informato, ai sensi e agli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Non verranno effettuati rimborsi per moduli presentati con informazioni incomplete.

FIRMA del Dichiarante

Data, _____

_____

Modulo da Riconsegnare a **UFFICIO GEOVEST – c/o Comune sede dell'utenza** oppure a **GEOVEST SRL – Sede Secondaria – Via dell'Oasi, 373 – Località Beni Comunali – 40014 CREVALCORE (BO)** o al Fax **051/981714**