



Città di
GALLARATE

SETTORE POLIZIA LOCALE E PROTEZIONE CIVILE
UFFICIO PROCEDURE SANZIONATORIE



ALLA CORTESE ATT.NE
UFF. RAGIONERIA
COMUNE di GALLARATE

OGGETTO: Richiesta rimborso somma erroneamente versata.

Il sottoscritto _____

Residente in via _____ Comune di _____

C. F. o P. IVA _____

Tel. _____ e-mail _____

Verbale n. _____ del _____

CHIEDE

Che la cifra dovuta venga accreditata presso:

BANCA _____

SEDE _____

CODICE IBAN:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Intestato a _____

Allegati:

- C. I. fronte-retro
- Fotocopie bollettini pagati

Luogo e data

Firma