

Spett. le
PROVINCIA DI FOGGIA
Piazza XX Settembre, 20
71121 FOGGIA (FG)

All'Ufficio Tributi (C.o.s.a.p.)

OGGETTO: RICHIESTA DI RIMBORSO (C.O.S.A.P.) Canone Occupazione Spazi ed Aree Pubbliche.

Il sottoscritto:

PERSONA FISICA	Tel. _____/_____
Cognome: _____ Nome: _____	
codice fiscale: _____ nato a: _____	
il: _____ residente a: _____ cap. _____ prov.: _____	
in via: _____ n°: _____	
indirizzo posta elettronica e/o PEC : _____	

PERSONA GIURIDICA, SOCIETA' DI PERSONE E ASSOCIAZIONI	
Ragione Sociale/Denominazione: _____	
codice fiscale: _____ indirizzo sede legale: _____	
comune di: _____ prov.: _____ Tel.: _____	
indirizzo posta elettronica e/o PEC : _____	
LEGALE RAPPRESENTANTE	
Cognome: _____ Nome: _____	
codice fiscale: _____ nato a: _____ il: _____	
residente a: _____ prov.: _____	
in via: _____ n°: _____ Per informazioni contattare tel. n. _____	

in riferimento all'autorizzazione/concessione n. _____ del _____

intestata a: _____

per l'occupazione _____ sulla S.P. n° _____ al Km. _____ lato _____

CHIEDE

il **rimborso della somma di €.** _____ versata, a titolo di canone C.O.S.A.P. – anno di

referimento _____, con bollettino di c/c postale n. _____ del _____ per la seguente

motivazione: _____

Si allega: 1) fotocopia attestazione di versamento.

2) **Modello: modalità di pagamento.**

Altro _____

Distinti saluti.

Data _____

(firma leggibile del richiedente)

	PROVINCIA DI FOGGIA Piazza XX Settembre, 20 71121- Foggia	Struttura:

COGNOME e/o RAGIONE SOCIALE	NOME

Data di nascita	Comune o Stato estero di nascita	Provincia	Stato
Indirizzo (via, piazza, n. civico)		Recapito telefonico	
Comune o stato estero di residenza		C.A.P.	Provincia
Indirizzo di posta elettronica o PEC			
Codice Fiscale			
Codice Identificativo estero	☐ Si dichiara che nel Paese di residenza non è in uso un codice fiscale e/o di identificazione ai fini fiscali		

MODALITA DI PAGAMENTO *

☐ Bonifico bancario (*)

Istituto Bancario											
Indirizzo						Città					
Agenzia n°											
Coordinate estere (IBAN)		Coordinate nazionali (BBAN)									
Paese	CIN E.	CIN	ABI				CAB				
			Numero c/c								
(*) è obbligatorio indicare la dicitura completa dell'istituto di credito e compilare tutte le 12 caselle del n° di c/c nonché quelle relative alle coord. IBAN e BBAN; in caso contrario potrebbe essere compromessa la regolarità e la tempestività del pagamento. L'indicazione di dati incompleti o errati comportano l'addebito di una commissione bancaria.											

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni mendaci e atti falsi il/la sottoscritto/a dichiara la veridicità dei dati sopra riportati e si impegna, in caso di variazione della propria posizione, a comunicare tempestivamente al committente le eventuali variazioni che dovessero intervenire a modificare quanto sopra dichiarato

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data		Firma	
------	--	-------	--