

Spett.le
COMUNE DI Castel San Giovanni
Servizio Tributi
Piazza XX Settembre, 2
29015 Castel San Giovanni (PC)

OGGETTO: richiesta di rimborso COSAP

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ codice fiscale _____
residente a _____ in via _____

CHIEDE

il rimborso della somma di € _____ in quanto versata in eccesso a titolo di Canone per
l'occupazione di spazi ed aree pubbliche (COSAP) anno _____ per il seguente motivo:

Allega alla presente:

- copia dei bollettini di versamento COSAP anno _____
- altro: _____

Qualora tale istanza venisse accolta favorevolmente prega di restituire la somma spettante
mediante la seguente modalità di accredito:

- ritirare la somma spettante personalmente presso la Tesoreria – Banca di Piacenza Sportello di
Castel San Giovanni – Via Borgonovo
- accredito su conto corrente bancario n. _____ intestato a _____
presso la Banca _____, Agenzia di _____
CAB _____, ABI _____, CIN _____
IBAN: _____

Distinti saluti.

Firma
