Verificato da ufficio competente Riservato all'ufficio	**COSAP 2020** **RICHIESTA di RIMBORSO**

Al **Comune di Castel San Giovanni**
Ufficio Tributi
Piazza XX Settembre, 2

mail: tributi@comune.castelsangiovanni.pc.it

pec: comune.castelsangiovanni@sintranet.legalmail.it

Il/La sottoscritto/a_____,

nato/a a _____(_____) il ____/____/_____,

codice fiscale _____, residente a _____(____)

in Via _____, n. ___;

telefono _____, posta elettronica _____

☐ in qualità di titolare della ditta _____

☐ in qualità di rappresentante legale della società _____

avente sede legale a _____(____)

in Via _____, n. _____,codice fiscale _____

Vista la deliberazione Consiglio Comunale n.28 del 25.07.2020, dichiarata immediatamente eseguibile, avente ad oggetto "APPROVAZIONE AGEVOLAZIONI CANONE DI OCCUPAZIONE DI SPAZI ED AREE PUBBLICHE A SEGUITO DELL'EMERGENZA SANITARIA COVID 19"

CHIEDE IL RIMBORSO DEL CANONE COSAP 2020 GIA' VERSATO

mediante accredito su c/c bancario/ postale **intestato al richiedente** _____

Banca/Ufficio postale _____

CODICE IBAN	I	T																							

ATTENZIONE: l'eventuale variazione del conto bancario o postale con relative coordinate bancarie, deve essere comunicata **tempestivamente.**

Ai sensi dell'art.14 del vigente Regolamento Generale delle Entrate Comunali, approvato con deliberazione C.C. n. 30 del 25.07.2020 dichiarata immediatamente eseguibile, il credito è compensato con eventuali somme dovute al Comune, riferite a entrate tributarie a seguito di accertamenti o riferite a entrate patrimoniali.

Data _____ Firma _____