



Via Labriola, 1 37054 Nogara (VR)  
Tel. 0442/511045 - Fax 0442/513563  
info@esacom.it

## RICHIESTA DI RIMBORSO

**CODICE ANAGRAFICO** \_\_\_\_\_  
(Reperibile sulla prima pagina della fattura e sull'App "100 % Riciclo ESA-Com")

La richiesta viene compilata da (cognome/nome) \_\_\_\_\_ per conto di (cognome/nome) \_\_\_\_\_  
in qualità di (grado di parentela) : \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Dichiaro di non essere in possesso di un indirizzo di posta elettronica (E-mail)

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 decorrenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi del Regolamento Comunale

### CHIEDE IL RIMBORSO

dell'importo di € \_\_\_\_\_ relativo al documento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

### PER IL SEGUENTE MOTIVO:

- pagamento doppio  
 chiusura posizione per trasferimento  
 decesso intestatario  
 altro \_\_\_\_\_

### DA EFFETTUARE TRAMITE:

- prossima emissione  
 banca (riportare le coordinate bancarie per effettuare il rimborso)

BANCA/POSTA	CODICE IBAN	C/CORRENTE
Intestato a: _____		

### ALLEGARE ALLA PRESENTE:

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

Nel caso di decesso dell'intestatario

- Copia certificato di morte
- Delega e relativa copia dei documenti degli eredi richiedenti

I dati personali forniti saranno trattati ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 esclusivamente per finalità connesse alla gestione della presente dichiarazione, in adempimento di obblighi di legge e di regolamento, così come indicato nell'informativa privacy disponibile al seguente link:  
<https://www.esacom.it/informativa-privacy>

Data, \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

**Modulo da consegnare ad uno degli sportelli fisici, previo appuntamento, telefonando al numero 0442/511045 interno 3 o tramite e-mail a info@esacom.it**