



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

## RICHIESTA DI RIMBORSO

CODICE CLIENTE \_\_\_\_\_

(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

In riferimento a quanto previsto da Reg. Europeo 679/2016, acconsento al trattamento dei dati in funzione dei contenuti specificati nell'informativa al seguente indirizzo web: <http://www.esacom.it/informativa-privacy> e di cui ho preso visione.

Il consenso è da ritenersi valevole per il trattamento finalizzato alla gestione della richiesta.

Esprimo il Consenso al Trattamento

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

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

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