COMUNE DI ALBANO LAZIALE
(Citta Metropolitana di Roma Capitale)
Servizio Tributi
Via Alcide De Gasperi n. 64
Tel. 06.93295263

RICHIESTA RIMBORSO TOSAP

..l.. sottoscritto/a _____nato a_____ il_____

residente a _____Via _____

c.f. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| P.I_____ tel._____

fax _____ e.mail _____ in qualità di:

rappresentante legale _____/_____della

ditta/condominio_____ con sede in _____

Via _____ n _____codice fiscale/partita iva _____

C H I E D E

Il rimborso della somma di Euro_____
Indebitamente pagata per gli anni di seguito specificati:
anno_____€_____

anno_____€_____

anno_____€_____

anno_____€_____
per i seguenti motivi:

_____
_____
_____
Mediante:

accredito delle quote sopra indicate presso la Banca_____
con sede in _____IBAN_____

Allego la seguente documentazione:
_____
_____
_____

Albano laziale lì_____ firma_____