

**Amministrazione destinataria**

Comune di Falcade

**Ufficio destinatario**

Ufficio Segreteria

**Domanda di rimborso del pagamento di diritti di segreteria o istruttoria****Il sottoscritto**

|                      |                      |                      |                      |                             |                      |                      |                               |                      |                      |                              |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                      |                             | Codice Fiscale       |                      |                               |                      |                      |                              |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      |                             | <input type="text"/> |                      |                               |                      |                      |                              |                      |
| Data di nascita      |                      | Sesso                | Luogo di nascita     |                             | Cittadinanza         |                      |                               |                      |                      |                              |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                             | <input type="text"/> |                      |                               |                      |                      |                              |                      |
| Residenza            |                      |                      |                      |                             |                      |                      |                               |                      |                      |                              |                      |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            |                      |                             | Civico               | Barrato              | Interno                       | Scala                | Piano                | SNC <input type="checkbox"/> | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria |                      |                      | Posta elettronica certificata |                      |                      |                              |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      |                      | <input type="text"/>          |                      |                      |                              |                      |

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)***Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

**in relazione alla pratica**

|  |                      |
|--|----------------------|
| Numero protocollo (in formato numerico senza caratteri speciali) | Data protocollo      |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> |
| Breve descrizione  |                      |
| <input type="text"/>   |                      |

**CHIEDE**

il rimborso dei diritti di segreteria che ammontano a

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Somma versata                      |   |
| <input type="text"/>               | € |
| <b>per la seguente motivazione</b> |   |
| Motivazione                        |   |
| <input type="text"/>               |   |

### con la seguente modalità di riscossione

#### Modalità di riscossione

- riscossione diretta presso lo sportello della tesoreria dell'ente  
*(se previsto)*
- riscossione tramite accredito sul c/c postale o bancario  
*(se previsto)*

**IBAN**

**Intestatario**

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Falcade

**Luogo**

**Data**

**il dichiarante**