

Alla CAMERA DI COMMERCIO
Via Garibaldi, 4
16124 GENOVA GE

Il sottoscritto _____

Codice Fiscale _____

nato il _____ a _____ prov. _____

residente in _____ Via _____ C.a.p. _____

nella sua qualità di titolare o legale rappresentante della _____

con sede in _____ Codice Fiscale _____

dichiara di aver erroneamente versato l'importo di € _____ sul c/c. n. _____ intestato alla C.C.I.A.A. e pertanto ne chiede il rimborso mediante accredito su c/c

CODICE IBAN																												

Allega attestazione e ricevuta del versamento (1)

CHIEDE INOLTRE

Che il rimborso non venga effettuato a favore della Ditta richiedente ma a favore di:

DENOMINAZIONE: _____
(Studio Commercialistico, Studio Notarile, Consulente del Lavoro, ecc.)

Codice Fiscale _____ Indirizzo _____

Genova, _____ (firma del Richiedente)

Spazio riservato al protocollo

(1) Le richieste di rimborso devono essere presentate, a pena di decadenza, entro 24 mesi dal versamento.

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO: _____

Dall'esame degli atti in possesso di questo Ufficio è emerso che il versamento di cui all'unita documentazione non è dovuto perché _____

_____ e, pertanto l'importo di € _____ deve essere restituito al Richiedente.

Genova, _____ (L'incaricato)

(visto il Capo Ufficio)

Genova, _____ (Autorizzazione Segretario Generale)