

Alla CITTA' METROPOLITANA DI CAGLIARI
UFFICIO TOSAP
via Cadello 9/b
09121 CAGLIARI
tosap@cittametropolitanacagliari.it

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

residente in _____ CAP _____ via _____ n. _____

telefono _____ e-mail _____

titolare della concessione P.S. n. _____ del _____

in qualità di erede di _____ C.F. _____

in qualità di legale rappresentante della Ditta _____

P. I.V.A. n. _____ sede _____ n. _____

titolare della concessione P.S. n. _____ del _____

CHIEDE

Il rimborso della/e annualità TOSAP _____, dell'importo complessivo di

Euro _____, non dovuta/e per:

presentazione nei termini della dichiarazione di esenzione

altre motivazioni: _____

Si chiede pertanto l'accredito del rimborso sul C/C intestato a _____

IBAN _____

FIRMA

Data _____
