

**MODELLO PER RICHIESTA RIMBORSO CONTRIBUTO UNIFICATO – MODULO 6.1**

Al Comune di Parma – Servizio Advocatura Municipale

via fax 0521-218258

oppure via pec all'indirizzo: comunediparma@postemailcertificata.it

oppure via posta ordinaria all'indirizzo:Residenza Municipale – Via Repubblica n. 1 – 43100 Parma

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... Il .....

codice fiscale .....

residente in (comune) .....

Via/Piazza e n°civico .....

in relazione alla **causa RG** ( indicare n°/anno RG)..... e **Sentenza del** (indicare organo giurisdizionale che ha emesso la Sentenza).....

.....n°..... depositata in data .....

(Barrare ipotesi che interessa)

Allegata alla presente

Comunicata in data .....

Notificata in data .....

**CHIEDE**

1) il rimborso del contributo unificato così come disposto in sentenza del.....

2) che il pagamento in suo favore avvenga mediante:

.... (bonifico bancario al seguente codice IBAN .....

(con spese bancarie a carico del beneficiario ai sensi dell'art. 34 del DPR 27.2.2003 n.97 e ss.mm.ii)

**COMUNICA**

che intende ricevere tutte le comunicazioni, relative alla presente richiesta al seguente:

indirizzo .....

e-mail .....

n° telefonico .....

**AUTORIZZA**

il trattamento dei suoi dati personali ai sensi e per gli effetti del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e ss.mm.ii, ai fini della gestione della presente richiesta di rimborso.

Luogo ..... data .....

FIRMA .....

Si allega fotocopia documento di identità (non dovuta in caso di trasmissione a mezzo pec)