|  |  |
| --- | --- |
|  | **Alla REGIONE MARCHE**  DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE, TERRITORIO E PROTEZIONE CIVILE  DIREZIONE PROTEZIONE CIVILE E SICUREZZA DEL TERRITORIO  SETTORE RISCHIO SISMICO  PEC: [regione.marche.rischiosismico@emarche.it](mailto:regione.marche.rischiosismico@emarche.it) |

**OGGETTO:** Richiesta di rimborso per errato pagamento.

**Riferimento numero richiesta DOMUS**:

*Indicare il numero richiesta DOMUS solo se riguarda un deposito/autorizzazione sismica*

**(\*) campi obbligatori**

Il sottoscritto:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome e Cognome\* |  | | | | | | | |
| Luogo di nascita\* |  | | | data di nascita\* | | | |  |
| Codice fiscale\* |  | | | Sesso\*: | | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | M |  | F | | |
| Residente nel Comune di\* |  | | | | Prov. \* |  | | |
| indirizzo\* |  | | | | n. \* |  | | |
| C.A.P. |  | Tel\*. |  | | | | | |
| e-mail |  | | | | | | | |
| PEC\* |  | | | | | | | |

avendo effettuato in favore della Regione Marche il versamento di Euro       di cui si **allega ricevuta**,

**DICHIARA**

che il predetto versamento è stato effettuato erroneamente in quanto:

|  |  |
| --- | --- |
|  | non dovuto; |
|  | eccedente rispetto all’importo dovuto; |

e pertanto chiede il rimborso di Euro: **,**

tramite versamento sul conto corrente contraddistinto dal seguente **codice IBAN**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali in caso di false attestazioni, dichiara sotto la propria responsabilità:

* di aver eseguito il versamento sopra indicato, per il quale chiede il rimborso;
* di essere intestatario del conto corrente sopra indicato.

In fede,

|  |  |
| --- | --- |
| lì |  |

Firma

***Allegati obbligatori:***

1. **copia della ricevuta di pagamento effettuato;**
2. se il presente documento non è firmato digitalmente, allegare copia di un documento d’identità valido del firmatario.