



Comune di Gravina di Catania

Provincia Regionale di Catania
9° Servizio

AL RESPONSABILE DEL 9° SERVIZIO

SEDE

OGGETTO: reimissione mandato di pagamento n. _____ del _____
non riscosso.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il

____/____/____, residente in _____ via _____

Telefono _____/_____ (campo obbligatorio) - e-mail _____

Non avendo incassato tramite C.C. il mandato in oggetto,

CHIEDE

A codesto Servizio la **reimissione** del mandato tramite Assegno intestato a

_____ in qualità di (barrare la casella che interessa)

- ☐ diretto interessato
- ☐ legale rappresentante (**allegare documentazione**)
- ☐ legale di fiducia (**allegare delega**)
- ☐ procuratore (**allegare procura**)

Allega

X fotocopia fronte/retro di un documento d'identità (Allegato obbligatorio)

Dichiaro di essere informato/a ai sensi del vigente GDPR UE 2016/679 che i dati personali saranno trattati esclusivamente ai fini del procedimento nell'ambito del quale vengono inseriti.

FIRMA