

Amministrazione destinataria

Regione Sardegna

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

**Domanda di rimborso del pagamento di diritti di segreteria o istruttoria****Il sottoscritto**

|                      |                      |                      |                      |                               |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale                |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                      |
| Data di nascita      |                      | Sesso                | Luogo di nascita     |                               | Cittadinanza         |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                               | <input type="text"/> |
| Residenza            |                      |                      |                      |                               |                      |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            |                      | Civico                        | Barrato              |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          | <input type="text"/> |
|                      |                      |                      |                      | Scala                         | Piano                |
|                      |                      |                      |                      | <input type="text"/>          | <input type="text"/> |
|                      |                      |                      |                      | SNC                           | CAP                  |
|                      |                      |                      |                      | <input type="checkbox"/>      | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria   |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                      |
|                      |                      |                      |                      | Posta elettronica certificata |                      |
|                      |                      |                      |                      | <input type="text"/>          |                      |

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**in relazione alla pratica**

|   |                      |
|---|----------------------|
| Numero protocollo (in formato numerico) | Data protocollo      |
| <input type="text"/>                    | <input type="text"/> |
| Breve descrizione                       |                      |
| <input type="text"/>                    |                      |

**CHIEDE**

il rimborso dei diritti di segreteria che ammontano a

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Somma versata                      |   |
| <input type="text"/>               | € |
| <b>per la seguente motivazione</b> |   |
| Motivazione                        |   |
| <input type="text"/>               |   |

### con la seguente modalità di riscossione

#### Modalità di riscossione

- riscossione diretta presso lo sportello della tesoreria dell'ente  
*(se previsto)*
- riscossione tramite accredito sul c/c postale o bancario  
*(se previsto)*

**IBAN**

**Intestatario**

#### Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

**Luogo**

**Data**

**Il dichiarante**