



SENECA

Azienda Servizi alla Persona

Spett.le ASP "Seneca"  
Via Marzocchi n. 1/A, 40017  
San Giovanni in Persiceto (Bo)  
Alla c. a. dell'Ufficio Servizi Finanziari  
[servizi.finanziari@asp-seneca.it](mailto:servizi.finanziari@asp-seneca.it)

**OGGETTO: RICHIESTA DI RIMBORSO DEPOSITO CAUZIONALE**

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a ..... il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
residente a ..... CAP..... in via.....  
Codice Fiscale ..... Tel. ....  
e-mail ..... in qualità di (parentela) .....  
del/della Sig./Sig.ra ..... accolto/a presso la C.R.A. ....

**CHIEDE**

il rimborso del deposito cauzionale versato in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ come da  
documentazione allegata (*allegare copia della quietanza/bonifico della cauzione*)

Il/La sottoscritto/a ..... dichiara di esonerare ASP Seneca da ogni  
responsabilità e/o pretesa, di qualsivoglia genere e da chiunque venisse presentata, in ordine al  
versamento al/alla sottoscritto/a della predetta somma.

Il rimborso dovrà essere effettuato tramite bonifico bancario sul conto corrente IBAN:

→ **IBAN completo** .....

→ **Intestatario del conto** .....

→ **Codice Fiscale** .....

Banca .....

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

.....

allegare copia Carta Identità e Codice Fiscale del richiedente



SENECA

Azienda Servizi alla Persona

**DELEGA DA COMPILARE SOLO IN CASO DI PIU' EREDI**

I SOTTOSCRITTI EREDI DEL/DELLA DEFUNTO/A \_\_\_\_\_, NATO/A A \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ E DECEDUTO/A IL \_\_\_\_\_:

(cognome e nome)

(codice fiscale)

(firma)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DELEGANO**

IL/LA SIG/SIG.RA \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ ALLA RISCOSSIONE DEL DEPOSITO CAUZIONALE DI

**1.600€** VERSATO AD ASP SENECA E RELATIVO ALL'INGRESSO IN STRUTTURA DEL/DELLA DEFUNTO/A

\_\_\_\_\_

**NB: ALLEGARE PER CIASCUN FIRMATARIO COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA'**