



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

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'