

RICHIESTA DATI PER IL PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO COMUNALE:

Il/La sottoscritto/a Ente/Associazione _____
con sede legale a _____ Via/Piazza _____
n. _____

CHIEDE

che il pagamento del contributo comunale avvenga:

mediante **BONIFICO BANCARIO** presso il seguente Istituto bancario

Filiale/Agenzia di _____

ABI _____ CAB _____ C/C _____

per **CONTANTI**.

Il/La delegato/a alla riscossione è il/la Sig./Sig.ra _____

nato a _____ il _____.

In fede,

_____, li _____

(firma)

INFORMATIVA AI SENSI ART. 13 D.Lgs 196/2003

Si informa che i dati forniti per l'espletamento della procedura sono obbligatori. Il loro trattamento avverrà mediante strumenti manuali, informatici e telematici e con modalità cartacee ed informatizzate. I dati raccolti sono comunicati solo a pubbliche amministrazioni e a soggetti privati incaricati di pubblici servizi, nell'ambito delle finalità di legge o di regolamento. L'interessato ha diritto di conoscere gratuitamente l'esistenza di dati che lo riguardino, e di ottenere informazioni sulla loro esistenza, cancellazione, aggiornamento, correzione. La titolarità e la responsabilità del trattamento dei dati spettano al Comune di Salgareda, Via Roma n. 111, 31040 Salgareda (TV).