Solo nel caso di richiesta di rimborso del contributo versato, apporre la marca da bollo o allegare la prova di avvenuto versamento dell'imposta di bollo.

Alla Prefettura-U.T.G. di RIMINI
*(consegnare o spedire all'indirizzo di **Via IV Novembre n. 40 – 47921 Rimini**)*

DICHIARAZIONE DI RITIRO DELLA DOMANDA DI CITTADINANZA E/O RICHIESTA DI RIMBORSO DEL CONTRIBUTO VERSATO (rel. 06/04/2023)

Il/la sottoscritto/a (cognome)_____
(nome)_____ data di nascita___/___/_____ Sesso (M/F)___
Stato di nascita_____ Luogo di nascita_____,
Comune di residenza italiano (o estero, solo se iscritto/a all'AIRE)_____ (____)
indirizzo_____ cellulare ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
e-mail_____ Codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BARRARE UNA SOLA CASELLA

☐ (barrare se si allega fotocopia della Carta di identità) – Carta di identità italiana n. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ rilasciata dal Comune di_____ (_____) in data___/___/_____ valida fino al___/___/_____,

☐ (barrare se si allega fotocopia della Patente di guida) – Patente di guida italiana n. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ rilasciata dall'ente_____ in data___/___/_____ valida fino al___/___/_____,

(solo per le domande già presentate) con riferimento alla domanda di cittadinanza presentata in data___/___/20___ e alla quale:

☐ è stato attribuito il codice K10/_____,

☐ non è stato attribuito il codice K10 ma solo l'Identificativo della domanda telematica n. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐,

☐ (solo per le domande già presentate) **DICHIARA** di ritirare la predetta domanda di cittadinanza.

☐ **CHIEDE** il rimborso del contributo versato per l'importo e nella data sotto indicati:

☐ € 250 in data __/__/20___, ☐ € 200 in data __/__/20___, ☐ € 50 in data __/__/20___, ☐ € _____ in data __/__/20___,

per il seguente motivo (barrare una sola casella):

☐ mancata presentazione della domanda di cittadinanza,

☐ ritiro della domanda di cittadinanza, come sopra dichiarato,

☐ rifiuto in via telematica della domanda di cittadinanza, da parte della Prefettura-U.T.G. in data ___/___/20___,

☐ doppio versamento erroneamente effettuato (effettuato un altro versamento in data ___/___/20___),

☐ versamento erroneamente effettuato in eccesso (€ _____ versati anziché € _____ realmente dovuti),

☐ versamento erroneamente effettuato a nome di (cognome e nome)_____,

☐ altro (specificare)_____,

chiedendo altresì che il rimborso venga effettuato sul conto corrente bancario o postale identificato dal codice IBAN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ e intestato:

☐ solo al/alla richiedente. ☐ cointestato al/alla richiedente o intestato ad altra/e persona/e (indicare le generalità complete del/dei intestatario/i)_____.

_____ (____), addì ___/___/20___ _____
(luogo e data di compilazione) (firma leggibile del/della dichiarante)

N.B. – Il/la richiedente deve firmare personalmente, con l'eccezione, ai sensi della Sentenza della Corte costituzionale n. 258/2017, di coloro che si trovano nei casi di grave e accertata condizione di disabilità, per i quali gli atti sono compiuti dal tutore, dal curatore o dall'amministratore di sostegno, se così disposto dal giudice tutelare: in tal caso, dovrà anche allegarsi copia non autenticata dei relativi provvedimenti giudiziari.

Allegare obbligatoriamente la copia del documento di identità sopra dichiarato del/della richiedente (ed eventualmente anche di quella del tutore/curatore/amministratore di sostegno) e (solo in caso di richiesta di rimborso) il/i bollettino/i originale/i (non sono ammesse copie) completo/i in tutte le sue parti o la/le ricevuta/e pagoPA o la/le ricevuta/e del/dei bonifico/i bancario/i o postale/i di versamento relativo/i al contributo, oltre alla copia del codice fiscale/tessera sanitaria.