

**AL FUNZIONARIO RESPONSABILE DEL
SERVIZIO TRIBUTI - UFFICIO COSAP
DEL COMUNE DI AFRAGOLA**

Il sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente in _____ c.a.p. _____

Via/Piazza _____ n. ____ .

Cod. Fisc. _____ P- Iva _____

titolare di una Attività Commerciale.

titolare di una occupazione permanente.

sita in Afragola :

alla Via/Piazza : _____ N. _____

tassato/a per : _____

per una superficie di Mq. _____ con Numero Acc. _____/_____.

CHIEDE

LA CANCELLAZIONE dal Canone COSAP in quanto :

_____.

LA VARIAZIONE in quanto :

_____.

Afragola, _____

IL RICHIEDENTE
