**AUTOGESTIONE \ CONDOMINIO**

DI VIA _____N._____

COMUNE DI _____

**PRESIDENTE DI AUTOGESTIONE O AMMINISTRATORE**

SIG.\RA_____

CODICE FISCALE |_____|

All' A.C.E.R. MODENA
U.O. AUTOGESTIONI
Via Cialdini 5, 41100 Modena

# RICHIESTA RIMBORSO QUOTE SPESE CONDOMINIALI INSOLUTE

Con la presente chiedo il rimborso delle quote di spese condominiali insolute dai seguenti utenti, abitanti nello stabile che amministro, essendo: scaduti i termini stabiliti per i versamenti.

| Nome e cognome utente | importo | periodo |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Allego l'ultimo bilancio condominiale di competenza o copia bolle o fatture giustificative la richiesta di rimborso.

Sotto la propria responsabilità di amministratore del fabbricato

**In fede**

Il Presidente/Amministratore

_____

data |___|___|_____|