|  |
| --- |
| **MendrisioVIVARichiesta di rimborso dei buoni da CHF 20.-** |
| Da compilare in ogni punto, firmare e inoltrare all’ufficio sopra indicato:* **unitamente ai buoni incassati**
* **entro e non oltre il 31 ottobre 2020.**
 |

1. **Dati personali del richiedente/commerciante**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nome del commercio /ragione sociale |  |
| via |  |
| CAP e località |  |
| Telefono |  |
| E-mail |  |
|  | Cognome e nome del titolare |  |

1. **Indicazioni per il rimborso**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | IBAN | **CH** |
|  | Intestatario del conto |  |

1. **Allegati**

|  |
| --- |
| N. di buoni allegati alla presente |
|  |

1. **Dichiarazione e firma**

Con la firma sottostante, dichiaro che il commercio sopra indicato ha dovuto restare chiuso per ordine delle Autorità durante il periodo di pandemia Covid-19 (2020).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data |  | Timbro/ Firma: |  |

(P.F. lasciare in bianco. Il richiedente/commerciante non deve compilare questa parte)

**Preavviso dell’Ufficio sviluppo economico**

1. **Il richiedente rispetta i criteri?**  🞏 **SI** 🞏 **NO**

 Se no, per quali motivi?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **I buoni allegati corrispondono al numero indicato?** 🞏 **SI** 🞏 **NO**

 Se no, quanti sono i buoni pervenuti? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Il rimborso è concesso?**

 🞏 **SI** per un totale di: Nr. buoni \_\_\_\_\_\_\_ x CHF 20.- = **CHF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 🞏  **NO**

**4. Verifica**

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ funzionario 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ funzionario 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_