



CITTÀ DI ROVATO

PROVINCIA DI BRESCIA

protocollo@pec.comune.rovato.bs.it - ufficio.tributi@comune.rovato.bs.it

Via Lamarmora, 7 - Tel. 030 7713 int. 245-246

AUSILI

TASSA SUI RIFIUTI

DENUNCIA AI FINI DELLA RICHIESTA DI AGEVOLAZIONE PREVISTA PER LO SMALTIMENTO DI RIFIUTI COSTITUITI DA AUSILI SANITARI

1^a DENUNCIA

CESSAZIONE

Decorrenza (obbligatoria)*: _____

*INDICARE LA DATA COME DA ATTESTAZIONE IN ALLEGATO.

DATI DELL'INTESTATARIO DELL'UTENZA RIFIUTI (compilare in stampatello leggibile)

| | | | | | | |
|--------------------------|------------------|--|--|------|----------------|--|
| Cognome | | | | Nome | | |
| Data di nascita | Luogo di nascita | | | | Codice fiscale | |
| Tel. fisso | Tel. mobile | | | | PEC | |
| Mail obbligatoria | | | | | | |

UBICAZIONE DEI LOCALI PER I QUALI SI PRESENTA LA DICHIARAZIONE

Via/Piazza _____ N.° _____ Scala _____ Interno _____ Piano _____

DATI CATASTALI DELL'ABITAZIONE

| Sez. | Foglio | Particella | Sub. | Categoria |
|------|--------|------------|------|-----------|
| | | | | |

RICHIEDE

Di poter usufruire dell'agevolazione prevista per le utenze domestiche nel cui nucleo familiare siano presenti una o più persone che necessitano di ausili per l'incontinenza, ai sensi del Regolamento comunale di applicazione della tassa rifiuti (TARI) – art. 9 c. 3 lett. b).

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) con recupero delle riduzioni tariffarie indebitamente ottenute, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che nel proprio nucleo familiare, _____ (Cognome Nome), C.F. _____, utilizza ausili sanitari;
- di essere a conoscenza che il Comune provvederà a verificare a campione la veridicità della presente dichiarazione;
- che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione, per l'adeguamento dell'agevolazione concessa.
- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata sul sito istituzionale all'indirizzo https://www.comune.rovato.bs.it/sites/default/files/allegati/documenti/17059/informativa_tributi.pdf.
- di essere informato che le informazioni sulle modalità di raccolta, sulla carta dei servizi e sull'applicazione della TARI sono pubblicate sul sito istituzionale dell'Ente, nella sezione dedicata al rispetto degli obblighi di trasparenza, come previsto dal testo integrato in tema di trasparenza (TITR) allegato alla deliberazione ARERA n. 444/2019, al seguente indirizzo <https://www.trasparenzatari.it/trasparenzatari/?comune=h598>.
- di essere informato che i dati riguardanti la mia posizione tributaria sono consultabili, accedendo con SPID o CIE, all'indirizzo <https://www.comune.rovato.bs.it/cittadino/tasse-tariffe-e-imposte/portale-tributi> dal quale è possibile stampare i modelli di pagamento ed effettuare la regolarizzazione di eventuali importi dovuti.

ALLEGA:

- copia documento identità in corso di validità del dichiarante
- copia attestazione fornitura ausili SSN/ dichiarazione del medico

LA PRESENTAZIONE DI MODULISTICA INCOMPLETA O NON FIRMATA COMPORTA L'IMPOSSIBILITA' DI APPLICARE L'AGEVOLAZIONE.

Luogo e data _____

_____ Firma