



# COMUNE DI SAN POLO D'ENZA

## Provincia di Reggio Emilia

TEL. 0522/241711-22 FAX. 0522/874867 - P. I.V.A. E COD. FISC. 00445450356 - C.A.P. 42020

### TARI - TASSA SUI RIFIUTI - DICHIARAZIONE

(art.1 Legge 147 del 27/12/2013 - legge di stabilità 2014)

### UTENZE DOMESTICHE - RICHIESTA RIDUZIONI/ESENZIONI

#### INTESTATARIO UTENZA

**PERSONA FISICA:** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ civ. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

numero documento di riconoscimento: tipo \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

telefono/cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**PERSONA GIURIDICA:** Ragione sociale \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

Partita Iva \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono/cellulare \_\_\_\_\_

Sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ civ. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Referente pratica sig./sig.ra \_\_\_\_\_

#### DICHIARANTE (se uguale all'intestatario utenza indicare solo il cognome e nome):

Il/La sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ civ. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

numero documento di riconoscimento: tipo \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

telefono/cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

In qualità di:  Occupante /detentore/intestatario  Amministratore di sostegno  Delegato  Erede

Legale rappresentante  Curatore fallimentare  Altro: \_\_\_\_\_

Per i locali di seguito identificati dai codici identificativi tributo riportati nel riquadro di dettaglio dell'avviso \_\_\_\_\_

relativi al contribuente \_\_\_\_\_ di cui è:

Proprietario  Affittuario  Usufruttuario  Comodatario

In caso di affittuario/usufruttuario/comodatario, i locali sono di proprietà di: \_\_\_\_\_

Dati catastali				Indirizzo			Destinazione (abitazione, garage, cantina, ...)	Superficie mq
Foglio	part.	sub.	cat.	via	civ.	int.		

#### RICHIESTE LA RIDUZIONE/ESENZIONE A FAR DATA DAL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Distanza dal punto di raccolta/cassonetto

Soggetti che risiedono o dimorano all'estero

Residenza presso strutture sanitarie e assistenziali di n. \_\_\_\_\_ componenti

Altro: \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### ALLEGA I DOCUMENTI SOTTOINDICATI:

Fotocopia documento di riconoscimento dell'intestatario/dichiarante

Documentazione attestante il diritto alla riduzione

Dichiara di avere preso visione dell'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento europeo 2016/679 e della normativa italiana di armonizzazione in materia di trattamento dei dati personali;

Dichiara di consentire al Comune di San Polo d'Enza., in qualità di responsabile, il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali nel rispetto delle modalità illustrate nella informativa;

Dichiara di essere stato/a informato/a, nel caso di denuncia tardiva od infedele, dell'applicazione delle sanzioni previste dall'art. 1 Legge 147 del 27/12/2013 (legge di stabilità 2014) e successive modifiche ed integrazioni.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_