

Comune di Gonnostramatzza

Provincia di Oristano

UFFICIO TRIBUTI

TRIBUTO COMUNALE SUI RIFIUTI E SUI SERVIZI

DENUNCIA DEI LOCALI ED AREE TASSABILI **UTENZE DOMESTICHE – PRESENZA DISABILI**

Dati contribuente :			
Cognome e Nome		Denominazione sociale	
Comune di nascita(o stato estero)	Data di nascita	Codice Fiscale/Partita IVA	
Domicilio fiscale o sede legale (Via, Piazza, civico)	Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Telefono /Fax		Indirizzo e-mail /PEC	

DICHIARA

DATA DI DECORRENZA

____ / ____ / ____
gg / mm / aaaa

RIDUZIONI/ AGEVOLAZIONI IN CONFORMITA' DELLE DISPOSIZIONI REGOLAMENTARI

- | | |
|---|--------------------------------|
| ☐ ART. 28 COMMA 2 del Regolamento TARI approvato con deliberazione di C C n° 3 del 24/04/2020 e modificato con deliberazione di C C n° 34 del 29/11/2017 | ☐ ALTRO |
|---|--------------------------------|

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- | |
|--|
| ☐ VERBALE ATTESTANTE IL RICONOSCIMENTO DELLA DISABILITA' OLTRE IL 75% |
| ☐ FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' |

NOTE :

Il sottoscritto, sotto la sua personale responsabilità dichiara:

-che le indicazioni sopra fornite sono rispondenti alla verità;

-di impegnarsi a comunicare ogni ulteriore variazione che interverrà rispetto alla presente dichiarazione;

-di essere a conoscenza delle sanzioni previste nei casi in cui si verificano violazioni che producono la non applicazione del tributo in oggetto o la sua applicazione in misura inferiore al dovuto.

Ai sensi del Dlgs n. 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), i dati forniti saranno trattati, con modalità cartacee e informatizzate, esclusivamente per le finalità dei tributi locali secondo le vigenti disposizioni di legge o regolamento.

Gonnostramatzza

FIRMA DEL DICHIARANTE

Lì, _____
