

Spett.le
COMUNE DI BRIONE
Brione, 14
38083 BRIONE (TN)

OGGETTO: RICHIESTA DI RIDUZIONE DELLA TARIFFA PER LA GESTIONE DEL CICLO DEI RIFIUTI URBANI

Con la presente, il sottoscritto/a nato aprov..... il residente aprov. in via n. cod. fiscale ; in qualità di legale rappresentante della Ditta, codice utente T.I.A. n.....,

CHIEDE

La riduzione tariffaria, ai sensi dell'art. 11 "Agevolazioni e riduzioni" del Regolamento per l'applicazione della tariffa per la gestione del ciclo dei rifiuti urbani per l'abitazione/i locali ubicata in:

Comune **BRIONE** Via/Loc..... n° contraddistinto dalla p.ed. p.m.

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dell'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 e informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa,

DICHIARA

☐ Di aver trasferito il proprio domicilio permanentemente presso RSA/Istituto sanitario e che l'abitazione di cui sopra non risulta locata o utilizzata.

☐ Che l'abitazione di cui sopra è appartenente al patrimonio edilizio montano e non è oggetto di residenza

☐ Che i locali di cui sopra sono utilizzate esclusivamente dalla presente Associazione di volontariato, che non persegue alcun scopo di lucro, e che gli stessi locali non sono adibiti ad abitazione o ad attività economica.

☐ Di praticare il compostaggio della frazione organica dei rifiuti urbani, con trasformazione biologica a mezzo:
☐ Composter ☐ Cumulo ☐ altro ubicato pressoORTO ABITAZIONE.....
..... su superficie non pavimentata di pertinenza della propria abitazione o altrui.

☐ Che i locali di cui sopra sono ubicati al di fuori del perimetro di raccolta (Cartografia allegato 2 Regolamento)

Consapevole che le riduzioni di cui sopra, per la sola quota fissa, non sono cumulabili.

☐ Che nell'abitazione di cui sopra ha la sua residenza/abituale dimora un soggetto che per malattia o handicap produce una notevole quantità di tessili sanitari o altro tipo di rifiuto sanitario domestico.
Si allega idonea documentazione medica.

Lì,

IL DICHIARANTE

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta ed inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore,.

☐ la sottoscrizione del presente atto è stata posta in mia presenza dal/la sig./a della cui identità mi sono personalmente accertato/a mediante

☐ la sottoscrizione del presente atto non è stata posta in mia presenza, ma allo stesso è stato allegato copia non autenticata del documento di identità del dichiarante

Lì

IL DIPENDENTE ADDETTO

NOTE:

ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' QUALORA L'ISTANZA VENGA CONSEGNATA O RECAPITATA (ANCHE VIA FAX N. 0465/620640) AL COMUNE GIA' FIRMATA.

IN CASO DI SOTTOSCRIZIONE DINANZI AL FUNZIONARIO ADDETTO SI PREGA DI AVERE CON SE UN DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO.