

Spazio riservato a etichetta protocollo

Modello predisposto per la lettura ottica: si prega di compilare chiaramente in stampatello e di non sgualcire

Ill.mo Sig. SINDACO
del Comune di Albisola Superiore
P.zza della Libertà, 19
17011 ALBISOLA SUPERIORE

Oggetto: **TARI** - richiesta riduzioni previste dall'art. 13 comma 7 del regolamento per l'applicazione della tassa sui rifiuti (TARI) approvato con delibera del Consiglio Comunale n° 29/2020 e ss.mm.ii.

Il sottoscritto.....
nato a il
residente a ALBISOLA SUPERIORE in via
codice fiscale, (dati non obbligatori: tel.,
e-mail.....)
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

CHIEDE

ai sensi dell'art. 13 comma 7 del Regolamento per l'applicazione della tassa sui rifiuti (TARI) approvato con delibera del Consiglio Comunale n° 29 del 27/07/2020 e ss.mm.ii.:

1. Il rimborso corrispondente all'ammontare del tributo per l'anno corrente pari a due rate su quattro ;
2. Il rimborso corrispondente all'ammontare totale del tributo per l'anno corrente: a tale scopo dichiara di non aver beneficiato nell'anno corrente di altri diversi contributi dal Comune di Albisola Superiore o dall'Ambito Territoriale Sociale n° 28 ed inoltre si impegna a non richiederne nell'anno in corso.

DICHIARA

che il valore dell'attestazione ISEE relativa al proprio nucleo familiare in corso di validità risulta inferiore al Minimo Vitale per l'anno in corso.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega la ricevuta del bollettino riferito alla prima rata, pagata entro la scadenza indicata sull'avviso di pagamento, riservandosi di effettuare i successivi pagamenti per cui si chiede il contributo a rimborso, entro le scadenze indicate sull' avviso di pagamento.

CHIEDE ALTRESÌ

che il contributo eventualmente a me spettante venga erogato tramite (barrare 1 sola delle 4 opzioni):

Accreditamento sul Conto Corrente bancario n.

Istituto Bancario..... Via..... Città.....

Intestato a: (compilare per esteso i dati se l'intestatario non coincide con il beneficiario)

Nome e cognome nato il a

CF Residente a in Via.....

Codice IBAN:.....

Accreditamento sul Conto Corrente postale n.

Ente poste italiane di Via.....

Intestato a: (compilare per esteso i dati se l'intestatario non coincide con il beneficiario)

Nome e cognome nato il a

CF Residente a in Via.....

Codice IBAN:.....

quietanza diretta

delega:

in caso di impossibilità: DELEGATO ALLA RISCOSSIONE:

Sig./sig.ra.....

residente a..... via.....

nato a il

Codice Fiscale

N.B. - Si precisa che le modalità di pagamento indicate in oggetto, una volta effettuato il mandato di pagamento, non potranno essere modificate.

data

firma.....(*)

(*) se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato addetto, allegare fotocopia di un documento di identità.