



Comune di Sindia

Provincia di Nuoro

Ufficio Tributi

Corso Umberto I, 27 - C.A.P. 08018

Tel. 0785/47 92 36

Email protocollo@comune.sindia.nu.it

PEC protocollo@pec.comune.sindia.nu.it

RICHIESTA DI APPLICAZIONE AGEVOLAZIONE TARI PER NUCLEI FAMILIARI CON SOGGETTI AFFETTI DA INVALIDITA' AL 100%

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. e dell'art.18 comma 1 lett C) del Regolamento TARI

IL SOTTOSCRITTO:

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ cap. _____ in Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____ E-Mail _____

In qualità di: *(barrare la casella)*

intestatario dell'utenza TARI

componente del nucleo familiare dell'intestatario dell'utenza TARI di seguito indicato:

Cognome _____ Nome _____

Possedendo i requisiti richiesti dall'Art.18 comma 1 lett C) del Regolamento di per l'applicazione della Tassa Rifiuti (TARI),

CHIEDE

la riduzione della TARI per l'anno

ALLEGA

alla presente la seguente documentazione:

Certificazione medico-legale attestante il grado di invalidità pari al 100%

Fotocopia del documento di identità.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003 e GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data ____/____/____

Firma del dichiarante _____