

	Amministrazione destinataria Comune di Brembate Ufficio destinatario Ufficio tributi	
---	---	--

Domanda di riduzione proporzionale della TARI per utenze domestiche

Il sottoscritto intestatario TARI							
Cognome			Nome			Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza	
Residenza							
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

CHIEDE

la riduzione proporzionale della TARI per utenze domestiche

relativamente all'immobile							
Tipo (particella terreni o unità immobiliare urbana)		Codice catastale	Sezione	Foglio	Numero	Subalterno	Categoria
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Piano

per il seguente motivo	
Motivazione	
<input type="radio"/>	utenza domestica di residenza, di proprietà o posseduta a titolo di usufrutto, uso o abitazione da soggetti già anagraficamente residenti, tenuta a disposizione dagli stessi dopo aver trasferito la residenza o il domicilio in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) o istituti sanitari e non locata o comunque non utilizzata a vario titolo. Riduzione pari al 30%
allega pertanto attestazione dell'istituto con data di decorrenza del ricovero	
<input type="radio"/>	utenza domestica di residenza, tenuta a disposizione dai cittadini iscritti all'Anagrafe Italiani Residenti all'Estero (AIRE). Riduzione pari al 30%

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di impegnarsi a comunicare al Comune eventuali cambiamenti delle condizioni di cui sopra

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input type="checkbox"/>	attestazione dell'istituto con data di decorrenza del ricovero
<input type="checkbox"/>	documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Brembate		
Luogo	Data	Il dichiarante