

Tel. 0522/590264
Fax 0522/590243
e-mail: tributi@comune.albinea.re.it
Internet: www.comune.albinea.re.it
P.IVA: 00441130358

TARIFFA RIFIUTI - MISURAZIONE PUNTUALE

Domanda di agevolazione per uso presidi medico-sanitari

II/la sottoscritt_
nat_ a il
Codice fiscale
e-mail /PEC
Tel cell
intestatario dell'utenza domestica numero cliente (bolletta) .
riferita alla unità immobiliare situata in
Albinea (RE) via/piazza n°, interno
CHIEDE
Il riconoscimento delle agevolazioni previste dal Comune di Albinea sulla tariffa sul servizio rifiuti
calcolata con meccanismi di misurazione puntuale del rifiuto indifferenziato, per la presenza nel
nucleo familiare di un soggetto che utilizza presidi sanitari specifici,
a far data dal
A tal fine, consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di
formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria
responsabilità
DICHIARA
\square che il soggetto presente nel proprio nucleo familiare anagrafico che utilizza i presidi sanitari è
(Cognome e nome),
nato a il, codice
fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _

COMUNE DI ALBINEA UFFICIO TRIBUTI P.zza Cavicchioni, 8 42020 – ALBINEA (RE)

Tel. 0522/590264
Fax 0522/590243
e-mail: tributi@comune.albinea.re.it
Internet: www.comune.albinea.re.it
P.IVA: 00441130358

□ che il soggetto avuto in affido familiare che utilizza i presidi sanitari è
(Cognome e nome),
nato a il
codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _
che il suddetto non è attualmente domiciliato come ospite permanente presso strutture medico-
sanitarie o case protette;
di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ufficio qualsiasi variazione intervenga che
possa incidere sul riconoscimento dell'agevolazione suddetta.
ALLEGA
A) copia di un documento di identità in corso di validità;
B) la seguente documentazione comprovante l'utilizzo di presidi medico-sanitari:
1
2
3
Albinea,
IL RICHIEDENTE