



# 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](mailto:tributi@comune.albinea.re.it)  
Internet: [www.comune.albinea.re.it](http://www.comune.albinea.re.it)  
P.IVA: 00441130358

## TARIFFA RIFIUTI - MISURAZIONE PUNTUALE

### Domanda di agevolazione per uso presidi medico-sanitari

Il/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

che il soggetto presente nel proprio nucleo familiare anagrafico che utilizza i presidi sanitari è

(Cognome e nome) \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, codice

fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

---

