COMUNE di OSPEDALETTO LODIGIANO

SERVIZIO TRIBUTI
Tel: 0377/86601 - Fax: 0377/974077
e- mail: tributi@comune.ospedalettolodigiano.it

DICHIARAZIONE TARI TASSA RIFIUTI

1. DICHIARANTE

PERSONA FISICA

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data nascita _____ Sesso ___

Residente in _____ C.A.P. _____ Prov. ____ Via _____ n. ___

CF _____ Numero di tel. _____ e-mail _____

Recapito per invio avviso di pagamento (se diverso da quello di residenza sopra indicato):

Città _____ C.A.P. _____ Prov. ____ Via _____ n. ___

PERSONA GIURIDICA

Denominazione/Ragione Sociale _____

C.F./P.IVA _____

Sede legale _____ C.A.P. _____ Prov. _____Via _____ n. ___

Telefono _____ e-mail _____

Autorizzo l'invio di bollette e/o documentazione all'indirizzo mail sopra indicato

RAPPRESENTANTE LEGALE:

Cognome _____ Nome _____

Natura della carica _____ CF _____

Residente in_____ C.A.P. _____ Prov. ____ Via _____ n. ___

Telefono _____ e-mail _____

in qualità di

- ☐ PROPRIETARIO
- ☐ AFFITTUARIO indicare il nome e il Codice Fiscale di almeno uno dei proprietari _____
- ☐ USUFRUTTUARIO
- ☐ TITOLARE DI ALTRO DIRITTO REALE

2. TIPO DI DENUNCIA

☐ ORIGINARIA — data inizio occupazione _____

SUBENTRO al/alla Sig./Sig.ra _____

☐ CESSAZIONE — data fine occupazione _____

SUBENTRA Il/La Sig./Sig.ra _____

☐ VARIAZIONE MQ. — a far data dal _____ (con documentazione comprovante la metratura)

☐ VARIAZIONE NUCLEO — (indicare i componenti nel riquadro successivo)

3. COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE (compilare solo se utenze domestiche)

N.B.: Da compilarsi obbligatoriamente nel caso di contribuente non residente. Nel caso di contribuente residente indicare SOLO eventuali altre persone non facenti parte del nucleo familiare anagrafico e dimoranti nell'utenza per almeno 6 mesi nell'anno solare (es. badanti, colf)

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	PARENTELA (rispetto al dichiarante)

Con riferimento a quanto sopra il sottoscritto dichiara di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito a sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora da controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti dal provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000)

4. SUPERFICI UTENZE DOMESTICHE (compilare solo se utenze domestiche)

UBICAZIONE VIA _____ CIVICO _____

				UTILIZZO	SUPERFICIE MQ
FOG.:	MAP.	SUB	CAT.	ABITAZIONE	
FOG.:	MAP.	SUB	CAT.	GARAGE	
FOG.:	MAP.	SUB	CAT.	CANTINA	
FOG.:	MAP.	SUB	CAT.	ALTRO	
FOG.:	MAP.	SUB	CAT.	ALTRO	
FOG.:	MAP.	SUB	CAT.	ALTRO	

5. SUPERFICI UTENZE NON DOMESTICHE (compilare solo se utenze non domestiche)

UBICAZIONE VIA _____ CIVICO _____

				DESTINAZIONE D'USO	SUPERFICIE MQ
FOG.:	MAP.	SUB	CAT.		
FOG.:	MAP.	SUB	CAT.		
FOG.:	MAP.	SUB	CAT.		
FOG.:	MAP.	SUB	CAT.		
FOG.:	MAP.	SUB	CAT.		
FOG.:	MAP.	SUB	CAT.		

ATTIVITA' COMMERCIALE SVOLTA (obbligatorio) _____**CODICE ATECO** _____

NOTE _____

Il sottoscritto attesta altresì che i dati sopra riportati sono veritieri. Il sottoscritto dichiara infine di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs.196/2003) che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Lì, _____ _____

IL DENUNCIANTE

Allegare copia del documento d'identità e codice fiscale!