

# COMUNICAZIONE DI OCCUPAZIONE, VARIAZIONE O CESSAZIONE UTENZE DOMESTICHE

(ART.22 REGOLAMENTO PER L'APPLICAZIONE DELLA TARIFFA DI IGIENE AMBIENTALE – DELIBERA N.6 DD 07 FEBBRAIO 2012 ASSEMBLEA COMUNITA' DELLE GIUDICARIE )

Dichiarazione sostitutiva di certificazione art. 46 D.P.R. 445/2000  
Dichiarazione sostitutiva di atto notorio art. 47 D.P.R. 445/2000

## ATTIVITA' RICHIESTA:

<input type="checkbox"/> NUOVA POSIZIONE	In caso di nuova costruzione o unità immobiliare precedentemente esclusa dalla TIA (art 7 comma g. del regolamento) per la quale è stata presentata la dichiarazione di fine lavori.		
<input type="checkbox"/> SUBENTRO	In caso di <input type="checkbox"/> vendita, <input type="checkbox"/> donazione, <input type="checkbox"/> successione, <input type="checkbox"/> locazione o <input type="checkbox"/> altro:		
	DATI PRECEDENTE UTENTE:		
	Cognome e Nome		Cod. Fiscale
<input type="checkbox"/> CESSAZIONE	Specificare MOTIVI cessazione:		
<input type="checkbox"/> VARIAZIONE DATI	Specificare dati variati:		
	<input type="checkbox"/> MQ immobile	<input type="checkbox"/> n. componenti nucleo familiare	<input type="checkbox"/> cambio residenza

## II/LA SOTTOSCRITTO/A: (dati identificativi dell'utente, soggetto intestatario fatture T.I.A.)

Cognome Nome							
Codice Fiscale							
Luogo di nascita					Data di nascita		
Residenza in					Cap	Prov	
Frazione				Via			
e-mail				Telefono			
Recapito fatture se diverso da indirizzo di residenza: Presso							
Comune				Via			

<b>IN QUALITA' DI:</b>	<input type="checkbox"/> proprietario
	<input type="checkbox"/> affittuario
	<input type="checkbox"/> altro (specificare)

Agli effetti dell'applicazione della tariffa di igiene ambientale **DICHIARA DI OCCUPARE** i seguenti locali:

### IMMOBILE:

Ubicati nel COMUNE di:						
In Via;						
Frazione:				Utenza di residenza	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Componenti nucleo familiare (solo per abitazione di residenza)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6 o più
Intestatario scheda di famiglia Cognome e Nome:				Codice fiscale:		
Data inizio occupazione				Data decorrenza variazione		

### DATI IDENTIFICATIVI IMMOBILE:

dati descrittivi		dati catastali				
Destinazione d'uso dei locali	Superficie	Cod. Comune catastale:	Sezione	n. foglio	n. particella edificiale	n. subalterno
<input type="checkbox"/> Appartamento						
<input type="checkbox"/> Garage/pertinenze						
<input type="checkbox"/> Altro (specificare):						
Denominazione proprietario immobile: (se diverso dal dichiarante)						

**DISPOSITIVO SECCO RESIDUO:** (Chiavetta verde o bidone isola ecologica privata)

Tipo dispositivo:		Volume:		Codice :		data consegna	
Tipo dispositivo:		Volume:		Codice :		data consegna	
Note:							

**RIDUZIONI – AGEVOLAZIONI :**

Ai fini della concessione delle riduzioni tariffarie (art.11 Regolamento T.I.A.) **DICHIARA:**

<input type="checkbox"/> Di aver trasferito il proprio domicilio permanentemente presso RSA/Istituto sanitario e che l'abitazione di cui sopra non risulta locata o utilizzata.
<input type="checkbox"/> Che l'abitazione di cui sopra è appartenente al patrimonio edilizio montano e non è oggetto di residenza
<input type="checkbox"/> Di praticare il compostaggio della frazione organica dei rifiuti urbani, con trasformazione biologica a mezzo: <input type="checkbox"/> Composter <input type="checkbox"/> Cumulo <input type="checkbox"/> altro ..... ubicato presso ..... ..... su superficie non pavimentata di pertinenza della propria abitazione o altrui.
<input type="checkbox"/> Che i locali di cui sopra sono ubicati al di fuori del perimetro di raccolta (Cartografia allegato 2 Regolamento)
<input type="checkbox"/> Che nell'abitazione di cui sopra ha la sua residenza/abituale dimora un soggetto che per malattia o handicap produce una notevole quantità di tessili sanitari o altro tipo di rifiuto sanitario domestico. Si allega idonea documentazione medica.

Agli effetti dell'applicazione della tariffa di igiene ambientale **DICHIARA DI CESSARE** i seguenti locali:

Ubicati nel COMUNE di:		in Via	
MOTIVI cessazione:			
Superficie		Dati catastali:	
Data di cessazione dell'occupazione		<input type="checkbox"/> dichiara di aver restituito il dispositivo n:	
Dati eventuale subentrante:			

Allegati:  
qualsiasi documentazione ritenuta utile (es. planimetria catastale delle aree/locali occupati)

**INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196:**

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196, 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 \_\_\_\_\_ **IL DICHIARANTE** \_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta ed inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.*

<input type="checkbox"/> la sottoscrizione del presente atto è stata posta in mia presenza dal/la sig./a _____ della cui identità mi sono personalmente accertato/a mediante _____
<input type="checkbox"/> la sottoscrizione del presente atto non è stata posta in mia presenza, ma allo stesso è stato allegato copia non autenticata del documento di identità del dichiarante _____
Lì _____ <b>IL DIPENDENTE ADDETTO</b> _____