

COMUNICAZIONE DI OCCUPAZIONE, VARIAZIONE O CESSAZIONE UTENZE DOMESTICHE

(ART. 21 REGOLAMENTO PER L'APPLICAZIONE DELLA TARIFFA SUI RIFIUTI – DELIBERA N. 31 DD 11/12/2014)

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 TARI (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 TARI)

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						

IN QUALITA' DI:	<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:		Codice :		data consegna:	
Note:					

RIDUZIONI – AGEVOLAZIONI :

Ai fini della concessione delle riduzioni tariffarie (art.11 Regolamento TARI) **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 all. 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:	p.ed. sub. C.C.
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 sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento UE n. 2016/679)

Si informa che ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, i dati personali sono raccolti dal Servizio Tia e Informatica per lo svolgimento dell'attività di gestione dati anagrafici per la fatturazione della tariffa rifiuti (fatture, pagamenti, solleciti, ecc. sia persone fisiche che giuridiche) in esecuzione di un compito o di una funzione di interesse pubblico. I dati sono/non sono oggetto di comunicazione e diffusione ai sensi di legge.

Titolare del trattamento è la Comunità delle Giudicarie, Responsabile della Protezione dei Dati è il Consorzio dei Comuni Trentini, con sede a Trento in via Torre Verde 23 (e-mail servizioRPD@comunitrentini.it , sito internet www.comunitrentini.it).

Lei può esercitare il diritto di accesso e gli altri diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679 e dell'art. 7 e seguenti del D.Lgs. 196/2003.

L'informativa completa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, è a disposizione presso il Servizio Segreteria e Istruzione della Comunità delle Giudicarie.

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/lla 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. Li _____	IL DIPENDENTE ADDETTO _____
---	---------------------------------------