



**RICHIESTA AGEVOLAZIONE TARI PER NUCLEO FAMILIARE OVE PRESENTE UNO O PIU' INVALIDI
AL 75% PER IL COMUNE DI MUSILE DI PIAVE**

		Codice Utente <i>(n° reperibile in bolletta)</i>		1	0	0							
Il/la sottoscritto/a (intestatario/a della TARI)		Codice Utenza <i>(n° contratto reperibile in bolletta)</i>		3	0	0							
Cognome e nome								residente a					
indirizzo								C.A.P.			prov.		
recapito telefonico		indirizzo mail		C.F.									

CHIEDE

di fruire dell'agevolazione ai fini TARI così come previsto dal vigente "Regolamento per la disciplina della TARI" e a tale scopo

DICHIARA

che nel suo nucleo familiare sono presenti le seguenti persone invalide al 75%:

Cognome e nome	C.F.
.....	
Cognome e nome	C.F.
.....	

come risulta dal/i certificato/i di invalidità rilasciato/i dalle competenti strutture pubbliche e a tale proposito allega copia del/i certificato/i (allegato/i obbligatorio)

Sezione da compilarsi a cura dell'utente nel caso in cui venga meno il diritto all'agevolazione

Cognome e nome del componente il nucleo – invalido al 75%	Data decorrenza decadenza beneficio
...../...../.....
Motivazione decadenza beneficio	
.....	

PRIVACY	Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di essere stato informato da Veritas Spa che i propri dati personali sono raccolti e trattati per l'espletamento di attività connesse alla gestione del rapporto relativo all'erogazione del Servizio di Igiene Urbana, alle attività di gestione, accertamento, riscossione e gestione del contenzioso del tributo TARI – TARIP e di aver preso visione dell'informativa M PRY 21 informativa trattamento dati personali per clienti/utenti dei servizi ambientali TARI – TARIP, resa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), consultabile e scaricabile dalla pagina web aziendale https://www.gruppoveritas.it/privacy , e reperibile presso tutti gli sportelli di Veritas Spa.
----------------	--

Dichiara, infine, _____

ALLEGA i seguenti documenti:

- COPIA DOCUMENTO DI IDENTITÀ VALIDO** (O **PERMESSO DI SOGGIORNO**) DEL DICHIARANTE E DEL DELEGATO IN CASO DI DELEGA (**OBBLIGATORIO**);*
- CERTIFICATO DI INVALIDITÀ RILASCIATO DALLE COMPETENTI STRUTTURE PUBBLICHE** (**ALLEGATO OBBLIGATORIO**);
-

Data/...../.....

Firma
documento identificativo.....
n° rilasciato da.....

* **ALLEGATO OBBLIGATORIO** solo nel caso in cui la presente richiesta non venga consegnata personalmente dal sottoscrittore presso gli sportelli/uffici Veritas.

L'incaricato di VERITAS Spa cui la richiesta è diretta, al momento della presentazione della stessa, verificherà immediatamente se il richiedente ha diritto all'esonero e consegnerà copia della presente con un visto che costituisce l'accettazione della richiesta e riconoscimento dell'esenzione.