

1	0	0							
3	0	0							

Cognome e nome					residente a																
indirizzo															C.A.P.					prov.	
recapito telefonico			indirizzo mail				C.F.														

In qualità di: ☐ proprietario ☐ locatario ☐ altro (<i>specificare</i>)..... dell'immobile sito in:					
Comune e località	C.A.P. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 60px;"> <tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr> </table>				
indirizzo	prov.				

SOL
Registrati
allo Sportello OnLine
disponibile sul sito
www.gruppoveritas.it

☐ **Lettera “c” – Famiglie anagrafiche con persone con disabilità**

A tal fine **DICHIARA** che la famiglia anagrafica i cui componenti hanno tutti la medesima residenza all'interno dello stesso immobile di cui almeno uno sia accertato come persona con disabilità in base all'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 e/o con un grado di invalidità superiore al 74%

DICHIARA inoltre che le risorse economiche della famiglia calcolate in base all'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) in corso di validità, cumulativamente non sono superiori a € 25.000,00 e a condizione che le persone stesse non abbiano titolarità, ad alcun titolo, di diritti reali su ulteriori unità immobiliari, rispetto a quella di residenza

e allega documentazione relativa al tipo di disabilità e Modello I.S.E.E. per il totale dei componenti del nucleo familiare essendo documenti obbligatori per ottenere quanto richiesto dichiarando di essere a conoscenza che, qualora la validità dell'atto allegato non sia riferibile all'intero anno, la presente richiesta potrà essere accolta solo per il periodo dell'anno coperto dall'attestazione ISEE, ferma restando la possibilità di produrre un'ulteriore richiesta di esonero al rinnovo dell'attestazione, per l'ulteriore periodo dell'anno non coperto

☐ **Lettera “d” – Famiglie anagrafiche composte da almeno 4 componenti**

A tal fine **DICHIARA** che la famiglia anagrafica residente nell'immobile non rientra nella fattispecie di riduzione di cui alla lettera “c”, che è composta da n. _____ componenti (almeno 4 e tutti residenti) e che i seguenti componenti (elencare minimo tre nominativi) _____

_____ sono figli di età inferiore ai 18 anni o minori in affidamento

Il/la sottoscritto/a è tenuto a comunicare a Veritas Spa l'eventuale modifica dei requisiti per evitare l'applicazione di sanzione e penalità.

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.
---------	--

ALLEGA

☐ **COPIA DOCUMENTO DI IDENTITÀ VALIDO (O PERMESSO DI SOGGIORNO) DEL DICHIARANTE E DEL DELEGATO IN CASO DI DELEGA (OBBLIGATORIO)*;**

☐ **ATTESTAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITÀ (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.