

timbro protocollo	 <b>COMUNE DI LOCATE VARESINO</b> PROVINCIA DI COMO UFFICIO TRIBUTI	estremi di presentazione (a cura dell'Ufficio) n. .... del ..... cat. .... cod. utente .....
-------------------	---	---

<b>TASSA SPERIMENTALE SMALTIMENTO RIFIUTI SOLIDI URBANI INTERNI</b>
<b>RICHIESTA DI <u>ESONERO</u> DAL PAGAMENTO DELLA TASSA SPERIMENTALE SMALTIMENTO RIFIUTI SOLIDI URBANI</b>
<b><u>PER NON UTILIZZO DEI LOCALI/RICOVERO ( ai sensi dell'art. 10, comma 2 del Regolamento Comunale)</u></b>

<b>PERSONA FISICA ( intestatario cartella)</b>				
COGNOME		NOME		SESSO <input type="checkbox"/>
LUOGO DI NASCITA	PROV <input type="text"/>	DATA DI NASCITA <input type="text"/>		
INDIRIZZO DI RESIDENZA			N. CIVICO <input type="text"/>	
COMUNE DI RESIDENZA	CAP <input type="text"/>	PROV <input type="text"/>		
CODICE FISCALE <input type="text"/>		N. TELEFONO <input type="text"/>		

<b>RICHIESTA DI ESONERO PER NON UTILIZZO</b>
<p><b>CHIEDE l'applicazione dell'esonero</b> della Tassa Sperimentale Rifiuti Solidi Urbani per il motivo di seguito precisato, consapevole delle responsabilità, anche penali, in caso di false dichiarazioni, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 (dichiarazioni sostitutiva di certificazione/dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, contestuale all'istanza, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. citato). Pertanto</p> <p style="text-align: center;"><b>DICHIARA</b></p>

<b>DATI DELL'IMMOBILE OCCUPATO O DETENUTO</b>		
INDIRIZZO PER IL QUALE SI CHIEDE L'ESONERO: via/p.zza _____	n. civico <input type="text"/>	DATA DI INIZIO ESONERO <input type="text"/>

<b>MOTIVAZIONE DEL NON UTILIZZO DEI LOCALI</b>
<b>IL RICOVERO IN CASA DI RIPOSO PER UN LUNGO PERIODO (COMUNQUE NON INFERIORE ALL'ANNO)</b>

<p>PER NON INCORRERE IN SANZIONI, SARA' PREMURA DEL SOTTOSCRITTO COMUNICARE ALL'UFFICIO TRIBUTI DEL COMUNE, TRAMITE APPOSITO MODULO, L'INIZIO DELL'OCCUPAZIONE.</p>
---

<b>DENUNCIA PRESENTATA DAL SOTTOSCRITTO:</b> (se persona diversa dall'intestatario della cartella)		
COGNOME	NOME	SESSO <input type="checkbox"/>
LUOGO DI NASCITA	PROV <input type="checkbox"/>	DATA DI NASCITA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA		N. CIVICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
COMUNE DI RESIDENZA	CAP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PROV <input type="checkbox"/>
CODICE FISCALE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	N. TELEFONO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
IN QUALITA' DI _____	<b>ALLEGARE</b> copia del documento d'identità del dichiarante.	

ANNOTAZIONI

**ALLEGATI: attestazione di ricovero rilasciata dalla casa di riposo.**

Autorizzo il trattamento delle informazioni fornite con la presente dichiarazione, per l'istruttoria e le verifiche necessarie ai sensi della legge 675/1996.  
 Ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. 445/2000 la domanda è sottoscritta in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento d'identità.

DATA DI PRESENTAZIONE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FIRMA DEL DICHIARANTE _____
---	--------------------------------

**AVVERTENZE**

- Sono esenti dal tributo i locali e le aree occupate o detenute da persone ricoverate in case di riposo per lunghi periodi e, comunque, per una durata non inferiore all'anno;
- L'esenzione dal pagamento del tributo decorrerà dal primo giorno del bimestre solare successivo a quello in cui viene presentata la richiesta di esonero;
- Il contribuente è **obbligato** ad allegare l'attestazione di ricovero rilasciata dalla casa di riposo;
- Il contribuente è **obbligato** a denunciare il venir meno della condizione oggetto dell'esonero;
- Denuncia presentata dal sottoscritto:** compilare il riquadro solo nel caso in cui colui che presenta e sottoscrive la denuncia non è l'intestatario della cartella di pagamento.

**MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DENUNCE**

Le denunce devono essere consegnate all'Ufficio Tributi del Comune di Locate Varesino - via Parini, 1 - negli orari di apertura dello sportello: **il mercoledì dalle ore 9.30 alle ore 12.30 e dalle ore 17.00 alle ore 19.00, il sabato dalle ore 9.30 alle ore 12.30.** L'Ufficio Tributi rilascerà relativa ricevuta.