	Amministrazione destinataria Comune di Cattolica Ufficio destinatario Ufficio tributi	

Domanda per esenzione pagamento TCP

Ai sensi della Delibera di Giunta Comunale 26/03/2019, n. 50

Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	SNC	CAP
					☐	

Telefono fisso	Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo

Denominazione/Ragione sociale	Tipologia

Sede legale

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	SNC	CAP
					☐	

Codice Fiscale	Partita IVA

Telefono	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

CHIEDE

l'applicazione dell'esenzione totale dal pagamento della tassa sui rifiuti

per l'immobile collocato in

Tipo (particella terreni o unità immobiliare urbana)	Codice catastale	Sezione	Foglio	Numero	Subalterno	Categoria	

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano	

per il quale ha già presentato la denuncia TCP ai sensi del relativo Regolamento comunale, approvato con Delibera di Consiglio Comunale n.7 del 18/02/2019

per il seguente motivo

Motivazione

○ abitazione occupata esclusivamente da persone con più di 65 anni, con ISEE ordinario inferiore a 9360 €

☐ componente

Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	**Sesso (M/F)**	**Cittadinanza**	**Luogo di nascita**

☐ ulteriore componente

Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	**Sesso (M/F)**	**Cittadinanza**	**Luogo di nascita**

☐ ulteriore componente

Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	**Sesso (M/F)**	**Cittadinanza**	**Luogo di nascita**

○ abitazione occupata da famiglia con componente permanentemente inabile al lavoro con invalidità superiore al 74%, con ISEE ordinario inferiore a 9360 €

pertanto allega certificato di invalidità AUSL

☐ componente inabile al lavoro

Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	**Sesso (M/F)**	**Cittadinanza**	**Luogo di nascita**

☐ ulteriore componente inabile al lavoro

Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	**Sesso (M/F)**	**Cittadinanza**	**Luogo di nascita**

☐ ulteriore componente inabile al lavoro

Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	**Sesso (M/F)**	**Cittadinanza**	**Luogo di nascita**

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

☐ che il proprio nucleo familiare è composto esclusivamente da persone con più di 65 anni

☑ che il sottoscritto e gli altri componenti del nucleo famigliare sono in possesso dei seguenti beni immobili

☐ immobile

Tipo (particella terreni o unità immobiliare urbana)		Codice catastale	Sezione	Foglio	Numero	Subalterno	Categoria	
Provincia	**Comune**	**Indirizzo**			**Civico**	**Barrato**	**Piano**	

Percentuale di possesso
%

☐ **ulteriore immobile**

Tipo (particella terreni o unità immobiliare urbana)	Codice catastale	Sezione	Foglio	Numero	Subalterno	Categoria	

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano	

Percentuale di possesso
%

☐ **ulteriore immobile**

Tipo (particella terreni o unità immobiliare urbana)	Codice catastale	Sezione	Foglio	Numero	Subalterno	Categoria	

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano	

Percentuale di possesso
%

☐ che nel proprio nucleo familiare sono presenti persone con invalidità superiore al 74%

☑ di possedere il seguente ISEE in corso di validità

Valore ISEE	Data rilascio	Numero DSU
€		

☑ di essere a conoscenza delle sanzioni pecuniarie applicabili in materia di pagamento della tariffa sui rifiuti per infedele dichiarazione

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☐	permesso di soggiorno *(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
☐	certificato di invalidità AUSL
☐	documento di identità *(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
☐	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Cattolica		
Luogo	**Data**	**Il dichiarante**