

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	a	Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune			Indirizzo	Civico	Barrato	SNC	CAP			
Telefono fisso		Telefono cellu	lare	Posta elettronica ordinari	a	Posta elettronica certificata					
in qualita	à di (questa sez	zione deve ess	sere compilata se	il dichiarante non è una	persona fisica)						
Ruolo											
Denominazion	e/Ragione sociale				Tipologia						
Sede legale											
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	SNC	CAP			
Codice Fiscale											
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 (particel	a 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

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	_		guente motivo									
Componente Cognome Nome Codice Fiscale	Motiva		azione occupata e	sclusivamen	te da persone	e con più d	di 65 anni	con ISE	F ordinario	inferiore	a 9360 €	
Data di nascita Data di nascita Data di na											4 0000 €	
Ulteriore componente Cognome Nome Codice Fiscate Luogo di nascita Avy, con ISEE ordinario inferiore a 9360 € pertanto allega certificato di invalidità AUSL Componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Luogo di nascita Cognome Nome Codice Fiscale Luogo di nascita Cognome Nome Codice Fiscale			Cognome	Nome	Nome				Codice Fiscale			
Ulteriore componente Cognome Nome Codice Fiscate Luogo di nascita Avy, con ISEE ordinario inferiore a 9360 € pertanto allega certificato di invalidità AUSL Componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Luogo di nascita Cognome Nome Codice Fiscale Luogo di nascita Cognome Nome Codice Fiscale												
Cognome			Data di nascita Sesso (M/F)		Cittadinanza			Luogo di nascita				
Cognome												
Date di nascita Sesso (MF) Cittedinanza Luogo di nascita Utteriore componente Cognome Nome Codice Fiscale Date di nascita Sesso (MF) Cittedinanza Luogo di nascita T4%, con ISEE ordinario inferiore a 9360 € pertanto allega certificato di invalidità AUSL Componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Utteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Co			ulteriore compone	_								
Ulteriore componente Cognome Nome Codice Fiscale			Cognome		Nome				Codice Fiscale			
Ulteriore componente Cognome Data di nascita Sesso (MF) Cittadinanza Luogo di nascita Data di nascita Sesso (MF) Componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso (MF) Cittadinanza Luogo di nascita Cittadinanza Luogo di nascita												
Cognome Nome Codice Fiscale □ 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 □ ulteriore componente inabile al lavoro □ Cognome Nome □ Codice Fiscale □ ulteriore componente inabile al lavoro □ Cognome Nome □ Codice Fiscale □ ulteriore componente inabile al lavoro □ Ulteriore componente inabile al lavoro □ Cognome Nome □ Codice Fiscale □ Ulteriore componente inabile al lavoro □ Cognome Nome □ Codice Fiscale □ Ulteriore componente inabile al lavoro □ Cognome Nome □ Codice Fiscale □ Ulteriore componente inabile al lavoro □ Cognome Nome □ Codice Fiscale □ Ulteriore componente inabile al lavoro □ Cognome Nome □ Codice Fiscale □ Ulteriore componente inabile al lavoro □ Cognome Nome □ Codice Fiscale □ Luogo di nascita □ Lu			Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza				Luvgo ui nasona			
Cognome Nome Codice Fiscale □ 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 □ ulteriore componente inabile al lavoro □ Cognome Nome □ Codice Fiscale □ ulteriore componente inabile al lavoro □ Cognome Nome □ Codice Fiscale □ ulteriore componente inabile al lavoro □ Ulteriore componente inabile al lavoro □ Cognome Nome □ Codice Fiscale □ Ulteriore componente inabile al lavoro □ Cognome Nome □ Codice Fiscale □ Ulteriore componente inabile al lavoro □ Cognome Nome □ Codice Fiscale □ Ulteriore componente inabile al lavoro □ Cognome Nome □ Codice Fiscale □ Ulteriore componente inabile al lavoro □ Cognome Nome □ Codice Fiscale □ Ulteriore componente inabile al lavoro □ Cognome Nome □ Codice Fiscale □ Luogo di nascita □ Lu												
Data di nascita Sesso (MF) Cittadinanza Luogo di nascita Luogo di nascita Luogo di nascita Data di nascita Data di nascita Sesso (MF) Componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso (MF) Cittadinanza Luogo di nascita Luogo di nascita Luogo di nascita Luogo di nascita Ulteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso (MF) Cittadinanza Luogo di nascita Ulteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso (MF) Cittadinanza Luogo di nascita Codice Fiscale Data di nascita Sesso (MF) Cittadinanza Luogo di nascita Luogo di nascita Luogo di nascita Codice Fiscale Data di nascita Sesso (MF) Cittadinanza Luogo di nascita Luogo di nascita Luogo di nascita Luogo di nascita Codice Fiscale Data di nascita Sesso (MF) Cittadinanza Luogo di nascita Luogo di nascita Luogo di nascita Codice Fiscale Data di nascita Sesso (MF) Cittadinanza Luogo di nascita Luogo di nascita Luogo di nascita Luogo di nascita Codice Fiscale Codice Fiscale Data di nascita Sesso (MF) Cittadinanza Luogo di nascita Luogo di nascita Luogo di nascita		Ш		ente	I.N.							
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				Cource Fiscale			
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			Data di nascita Sesso (M/E)		Cittadinanza				Luogo di nascita			
74%, con ISEE ordinario inferiore a 9360 € pertanto allega certificato di invalidità AUSL componente inabile al lavoro												
pertanto allega certificato di invalidità AUSL componente inabile al lavoro	0	abita	l azione occupata c	la famiglia d	on compone	nte perma	anenteme	nte inabil	e al lavor	o con inv	alidità superiore al	
Componente inabile al lavoro Cognome Data di nascita Sesso (M/F) Cittadinanza Luogo di nascita Codice Fiscale Allericore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Luogo di nascita Luogo di nascita Luogo di nascita Luogo di nascita Codice Fiscale Allericore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Codice Fiscale Luogo di nascita Luogo di nascita Luogo di nascita Codice Fiscale Codice Fiscale		74%	, con ISEE ordina	rio inferiore	a 9360 €							
Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso (MF) Cittadinanza Luogo di nascita Ulteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso (MF) Cittadinanza Luogo di nascita Ulteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso (MF) Cittadinanza Luogo di nascita Ulteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso (MF) 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		per	tanto allega certif	icato di inv	alidità AUSL							
Data di nascita Sesso (M/F) Cittadinanza Luogo di nascita			componente inab	ile al lavoro								
Ulteriore componente inabile al lavoro Cognome Data di nascita Sesso (M/F) Cittadinanza Luogo di nascita Luogo di nascita Ulteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Luogo di nascita 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			Cognome		Nome				Codice Fiscale			
Ulteriore componente inabile al lavoro Cognome Data di nascita Sesso (M/F) Cittadinanza Luogo di nascita Luogo di nascita Ulteriore componente inabile al lavoro Cognome Nome Codice Fiscale Luogo di nascita 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												
Cognome Data di nascita Sesso (M/F) Cittadinanza Luogo di nascita			Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza				Luogo di nascit	ta		
Cognome Data di nascita Sesso (M/F) Cittadinanza Luogo di nascita				<u> </u>	Haven							
Data di nascita Sesso (M/F) Cittadinanza Luogo di nascita		Ш	•	ente inabile i					Cadias Fisasis			
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			Cognome		Nome				Codice Fiscale			
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			Data di nascita	Cittadinanza				Luogo di nascit	ta			
Cognome Nome Codice Fiscale				Cocco (iiii)								
Cognome Nome Codice Fiscale			ulteriore componente inabile al lavoro									
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									Codice Fiscale			
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												
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			Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza				Luogo di nascit	ta		
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												
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	\ Valer	ndosi	della facoltà previ	ista dall'artic	olo 46 e dall'	articolo 47	7 del Dec	reto del F	Presidente	della Ren	ubblica 28/12/2000	
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			•							-		
DICHIARA che il proprio nucleo familiare è composto esclusivamente da persone con più di 65 anni			•		-						•	
che il proprio nucleo familiare è composto esclusivamente da persone con più di 65 anni												
		che	il proprio nucleo fa	amiliare è co	mposto esclu			one con p	iù di 65 an	ni		
√ cha il cottoccritto a di altri componanti dal nuclao tamidiara cono in poccacco dai caduanti hani immobili												
che il sottoscritto e gli altri componenti del nucleo famigliare sono in possesso dei seguenti beni immobili												
immobile	□im	ımok	oile									
Tipo (particella terreni o unità immobiliare urbana) Codice catastale Sezione Foglio Numero Subalterno Categoria	Tipo (p	articell	a terreni o unità immobiliare	urbana)	Codice catastale Sezione Foglio Numero			Numero	Subalterno Categoria			
Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Piano	Provin	cia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Piano		
Description of the second of t	P	41										
Percentuale di possesso %		nuale d	ii possesso									

ulteric	ore immobile										
Tipo (particel	la terreni o unità immobiliare urbana)	Codice catasta	ale Sezione	Foglio	Numero	Subalterno	Categoria				
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Piano				
Percentuale o	di possesso				ı			l			
%											
Jultorio	aro immobilo								=		
	ulteriore immobile Tipo (particella terreni o unità immobiliare urbana) Codice catastale Sezione Foglio Numero Subalterno Categoria										
Tipo (partice)	la terrem o unita immobiliare dibana,	Oddice catasti	die Gezione	1 ogno	Numero	Gubaiterilo	Categoria				
B	I o	In Pater			0	Barreta	B'				
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Piano				
%	di possesso										
70											
☐ che	nel proprio nucleo familiare s	sono prese	nti persone	con invalidit	à superio	re al 74%					
✓ di p	ossedere il seguente ISEE in	corso di va	alidità								
Valore	ISEE	Data	rilascio			Numero DSU	l				
€											
✓ di e	soore a concessor della s	onzioni no	ouniaria an	olioobili in r	natoria di	nagamar	ata dalla t	oriffo qui rifiuti r			
	ssere a conoscenza delle s	sanzioni pe	cumane app	piicabiii in i	natena di	pagamer	ito della t	arına sur rınutı p	е		
inte	dele dichiarazione										
Eventuali ann	notazioni										
			Elenco deg	ali allegati							
	(barrare tutti g	gli allegati richie	sti in fase di pres	_	oratica ed elen	cati sul portale	e)				
perm	nesso di soggiorno	<u> </u>	,	,		· · ·	<u>, </u>				
	egare in caso di cittadino extracomunitario	0)									
certif	icato di invalidità AUSL										
docu	mento di identità										
		a autografo)									
<u> </u>	(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)										
altri allegati (specificare)											
	Ir	nformativa	sul trattam	ento dei da	iti person	ali					
	(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)										
dich	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet										
1 1											
	dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione										
dell	della pratica.										
									1		
	Cattolica										
	Jattonoa										
					1				1		

Data

Il dichiarante

Luogo