

# SERVIZIO DI RACCOLTA RIFIUTI – MISURAZIONE PUNTUALE

## Domanda di agevolazione per uso presidi medico-sanitari

\* la compilazione dei campi contrassegnati con l'asterisco è OBBLIGATORIA

**Il/la Sottoscritto/a, \*Cognome** \_\_\_\_\_

**\*Nome** \_\_\_\_\_ **\*Nato il** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\*C.Fiscale \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Residente nel Comune di COLLECCHIO

\*Indirizzo \_\_\_\_\_ \* N° \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\*Tel/Cell \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

### intestatario e titolare dell'utenza TARIP

\*N. contribuente \_\_\_\_\_ Codice Identificativo tributo \_\_\_\_\_

## CHIEDE

il riconoscimento delle agevolazioni previste dall'art. 17.10 del Regolamento TARIP approvato con delibera di Consiglio Comunale n. 15 del 29/04/2025.

A tale scopo, consapevole che chi rilascia una dichiarazione falsa, anche in parte, perde i benefici eventualmente conseguiti e subisce sanzioni penali<sup>1</sup>

ai sensi dell'artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445

## DICHIARA

▪  DICHIARAZIONI –	
↓ (spuntare una sola scelta)	
<input type="radio"/>	Di utilizzare ausili per incontinenza e per stomie <b>dalla data del</b> _____ <b>e di non essere ricoverato in struttura sanitaria o in case protette.</b>
<input type="radio"/>	Che nel proprio stato di famiglia, è inserita la seguente persona: <b>*Cognome</b> _____ <b>*Nome</b> _____ <b>*Nato il</b> ____ / ____ / ____ <b>*C.Fiscale</b> ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Che utilizza ausili per incontinenza e per stomie <b>dalla data del</b> _____ <b>che non è ricoverato in struttura sanitaria o in case protette.</b>

Mi impegno a comunicare la cessazione delle condizioni e presupposti per tale sconto entro 60 giorni dall'evento.

Collecchio, \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Collecchio, \_\_\_\_\_ L'addetto \_\_\_\_\_

**Allegare:** copia del documento di identità del richiedente e copia della documentazione comprovante il possesso dei requisiti di accesso all'agevolazione (ricevute attestati l'acquisto dei presidi medico sanitari e/o documento rilasciato dall'Asl)

### MODALITA' PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AGEVOLAZIONE

La domanda di agevolazione, sottoscritta dal richiedente, può essere presentata direttamente presso l'Ufficio Tributi del Comune di Collecchio.

In ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), i dati personali forniti alla Società Iren Ambiente s.p.a., secondo quanto richiesto dal presente modulo, sono acquisiti per i fini di cui sopra. Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Collecchio, Iren Ambiente è Responsabile del trattamento. Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'ottenimento della agevolazione tariffaria.

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla legge ex art. 7 D.Lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità sopra indicate.

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>  Così come previsto dagli artt. 75 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica del 28/12/2000, n. 445, "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa".