



Via A. Labriola, 1
37054 Nogara (VR)
Tel 0442/511045 Fax 0442/513563
info@esacom.it

DENUNCIA PER UTENZE DOMESTICHE (UD)

Comunicazione da effettuarsi entro i tempi stabiliti dal
Regolamento Comunale di Isola della Scala

CODICE ANAGRAFICO _____

La denuncia viene compilata da (cognome/nome) _____ per conto di
(cognome/nome) _____ in qualità di (grado di parentela) : _____

DATI INTESTATARIO UTENZA

| | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--------|-----|----------|--------|--|---------|--|
| Cognome e nome: | | | | | | | | |
| C.F.: | | | | Nato a: | | | | |
| Prov.: | | Il: | | Naz.tà: | | | | |
| Residente nel Comune di : | | | | | Prov.: | | CAP: | |
| Via : | | | n°: | | int.: | | Piano : | |
| Tel : | | Fax. : | | e-mail : | | | | |

CHIEDE LA RIDUZIONE a partire dal _____

- RESIDENTI NON OCCUPANTI** (Art. 20 c. 5) : vengono conteggiati uno o più componenti in meno il nucleo familiare, in caso di permanenza per un periodo superiore a sei mesi in case di riposo, case protette, centri residenziali, comunità di recupero, istituti penitenziari. Tale condizione deve essere dichiarata ed adeguatamente documentata.

| COGNOME | NOME | DATA E LUOGO DI NASCITA |
|---------|------|-------------------------|
| | | |
| | | |

- DISABILI** : del 25% della QUOTA VARIABILE della tariffa per le abitazioni occupate da disabili con invalidità superiore al 75% previa esibizione del certificato di invalidità o dichiarazione sostitutiva atto di notorietà.

| COGNOME | NOME | DATA E LUOGO DI NASCITA |
|---------|------|-------------------------|
| | | |
| | | |

- ABITAZIONE VUOTA PREDISPOSTA (Art. 23 c. 1) :** del 30% della QUOTA VARIABILE per le abitazioni tenute a disposizione per uso stagionale o altro uso limitato e discontinuo non superiore a 183 giorni nell'anno solare

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|-----|--|-------------|--|---------|--|---------|--|
| Via immobile cessato : | | n°: | | Int.: | | Piano : | | Scala : | |
| Comune : | | | | Località' : | | | | | |

Motivo della cessazione : _____

Recapito della corrispondenza
(nominativo e indirizzo) _____

Proprietario dell'immobile cessato : _____ CF: _____

Via : _____ N° : _____

Comune : _____ C.A.P. : _____ Tel : _____

i locali sono: di proprietà utilizzati in affitto altro uso

che la superficie dei locali (compreso garage) è di mq. _____

che i locali suddetti non sono utilizzati e non sono allacciati ai servizi di rete nemmeno con sistemi sostitutivi, e/o arredati;

che i locali suddetti sono utilizzati e sono allacciati ai servizi di rete anche con sistemi sostitutivi, e/o arredati

Si richiede la riduzione per abitazione vuota predisposta e non utilizzata come da Regolamento Comunale nel caso in cui non vi siano residenti, l'abitazione viene utilizzata dal proprietario per nr. _____ di giorni l'anno.

Mi impegno a comunicare tempestivamente il variare della suddetta circostanza.

Prego inviare corrispondenza al seguente indirizzo:

Comunicazioni dell'utente :

Il sottoscritto dichiara ai sensi dell'articolo 76 del DPR NR.445 DEL 28 DICEMBRE 2000, di essere consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 de D.P.R. del 28/12/00 nr. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del citato D.P.R. 445/2000; edotto di quanto previsto all'art.11, comma 1 D.P.R.403/98 per il controllo a campione da parte delle amministrazioni sulla veridicità delle dichiarazioni.

Luogo e data _____

Firma (leggibile) _____

In riferimento a quanto previsto da Reg. Europeo 679/2016, acconsento al trattamento dei dati in funzione dei contenuti specificati nell'informativa al seguente indirizzo web: <http://www.esacom.it/informativa-privacy> e di cui ho preso visione.

Il consenso è da ritenersi valevole per il trattamento finalizzato alla gestione della richiesta.

Esprimo il Consenso al Trattamento

Data, _____

Firma del dichiarante _____