



COMUNE DI GAGLIANICO – UFFICIO TRIBUTI

Via XX Settembre, 10 - GAGLIANICO BI
Tel. 0152546406 - Fax 0152546416
email: patteril@comune.gaglianico.bi.it
Orario sportello: dal lunedì al venerdì dalle 8,00 alle 12,30
Il martedì anche il pomeriggio dalle 14,30 alle 15,30

**TARIFFA PUNTUALE CORRISPETTIVA
SERVIZIO RACCOLTA E SMALTIMENTO RIFIUTI**

MONOUTENZA

PLURIUTENZA

DICHIARAZIONE DI

OCCUPAZIONE

VARIAZIONE

CESSAZIONE

DEI LOCALI ABITATIVI SITI NEL COMUNE DI GAGLIANICO

Il/La sottoscritto/a
nato/a a il/...../..... Residente in
Via.....nr..... Cod. Fisc.....
Tel. e.mail.....

DICHIARA

Di **occupare** dal i locali siti a Gaglianico in Via/Piazza
..... N°..... di proprietà di.....
..... e precedentemente occupati da.....

Di aver **cessato** dal giorno l'occupazione dei i locali siti a Gaglianico in
Via/Piazza N°..... di proprietà
di..... per i seguenti motivi

Di aver **variato** indirizzo di residenza a Gaglianico dal giorno
da Via/Piazza N°..... **a** Via/Piazza
..... N° di proprietà di

Di **subentrare** a dal giorno
presso i locali siti a Gaglianico in Via/Piazza per i seguenti motivi

UBICAZIONE DEI LOCALI A GAGLIANICO: VIA..... N°
PIANO.....INTERNO.....AMMINISTRATORE.....

IDENTIFICATIVI CATASTALI (da atto di compravendita, successione, visure catastali, contratto di locazione)

FOGLIO	PARTICELLA	SUBALTERNO	CATEGORIA	CLASSE	MQ

COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

Parentela (rispetto al dichiarante)	<i>Inserire i componenti del nucleo familiare (compreso dichiarante) ed anche eventuali altre persone non facenti parte del nucleo familiare, ma stabilmente conviventi (badanti, colf)</i>		
	cognome	nome	codice fiscale
DICHIARANTE			

RIDUZIONI PREVISTE (Art. 12 del Regolamento Comunale TARIP)

- Utente che avvia al recupero la frazione organica mediante utilizzo di compostaggio;
- Utente che avvia al recupero a frazione organica mediante utilizzo di tritarifiuti da lavello;
- Utente all'interno del cui nucleo familiare siano presenti bambini di età compresa tra ZERO e DUE anni;
- Utente all'interno del cui nucleo familiare siano presenti persone affette da patologia cronica certificata dall' ASL che preveda l'ausilio di ausili sanitari (*pannoloni, traverse etc.*);

(SI ALLEGA PRESTAMPATO DI RICHIESTA COMPILATO)

Gaglianico, li

Letto, confermato e sottoscritto.....



L'addetto all'ufficio tributi

.....

Autorizzo il trattamento delle informazioni fornite con la presente comunicazione, per l'istruttoria e le verifiche necessarie (legge 675/96, [D.lgs 196/2003](#))

Gaglianico, li

Letto, confermato e sottoscritto.....

ALLEGATI:

.....

