

AL SIG. SINDACO  
DEL COMUNE  
DI GODEGA DI SANT'URBANO

OGGETTO: RICHIESTA DI AMMISSIONE ALL'AGEVOLAZIONE TARIFFA RIFIUTI  
PREVISTA DALLA DELIBERAZIONE DI G. C. N. 125 DEL 9.12.2021 NUCLEI  
CON INVALIDI CIVILI AL 100% E/O PORTATORI DI HANDICAP (L. 104/1992)

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ in  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ telefono  
\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

In qualità di:

- ☐ persona direttamente interessata;
- ☐ legale rappresentante (☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno);
- ☐ familiare (grado di parentela \_\_\_\_\_);
- ☐ **INTESTATARIO/A** del contratto di fornitura del servizio dei rifiuti urbani ad uso domestico  
residente con **codice utente** \_\_\_\_\_
- ☐ **NON INTESTATARIO/A** del contratto di fornitura del servizio dei rifiuti urbani ad uso  
domestico residente

presenta, secondo quanto disposto con delibera di G.C. n.125 del 9.12.2021 istanza per  
ottenere la rideterminazione del numero componenti nucleo prevista per:

- ☐ i nuclei familiari comprendenti portatori di handicap (L. 104/1992)
- ☐ i nuclei familiari comprendenti invalidi civili al 100%;

a favore di (cognome e nome) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
provincia \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

- ☐ titolare fornitura TARI codice utente \_\_\_\_\_
- ☐ DECEDUTO/A in data \_\_\_\_\_

dichiara con la presente che il nucleo familiare del beneficiario dell'agevolazione è composto  
dalle seguenti persone:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

chiede che la liquidazione dell'agevolazione sia effettuata

☐ al richiedente tramite il seguente IBAN bancario:

Presso la Banca di \_\_\_\_\_ Filiale di \_\_\_\_\_;

☐ al richiedente tramite rimessa diretta allo sportello del tesoriere;

☐ mediante delega per la riscossione dell'agevolazione il/la Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

A tale scopo allega la seguente documentazione:

- ☐ A) - documentazione che comprova lo stato di invalidità e/o l'accertamento dell'handicap del/i componente/i nucleo familiare;
- ☐ B) - fotocopia documento d'identità valido.

Firma

Data \_\_\_\_\_

**Informativa sulla privacy** (la mancata sottoscrizione dell'informativa non consentirà la lavorazione della domanda)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla Privacy (D.Lgs.

196/2003 e del Regolamento UE2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile

\_\_\_\_\_