



Comune di Saludecio

Provincia di Rimini

SETTORE FINANZIARIO

UFFICIO RAGIONERIA – TRIBUTI

Alla c/a
Responsabile Ufficio Tributi
P.zza Santo Amato, 1
47835 Saludecio (RN)
ufficio.segreteria@comune.saludecio.rn.it

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO A SOSTITUZIONE DEL PAGAMENTO/RIMBORSO DELLA TASSA RIFIUTI - TARI ANNO 2020 -2021- A FAVORE DI NUCLEI FAMILIARI IN CONDIZIONI DI PARTICOLARE DISAGIO ECONOMICO E/O SOCIALE.

Il sottoscritto (intestatario dell'utenza T.A.R.I.)
.....

Nato a.....in data.....

Codice Fiscale.....

*Residente a Saludecio in
via.....*

Telefono n°.....

Email.....

*in relazione all'immobile sito in.....,
corrispondente ai seguenti dati catastali.....*

CHIEDE

- l'erogazione del contributo T.A.R.I. secondo le modalità previste dal presente avviso pubblico;

oppure

- l'erogazione del contributo T.A.R.I. **a titolo di rimborso**, mediante bonifico bancario, della spesa già sostenuta, secondo le modalità previste dal presente avviso pubblico;

CODICE IBAN: _____

È consapevole che il contributo agli aventi titolo sarà erogato nei limiti delle risorse disponibili.

D I C H I A R A

- di aver preso visione dei requisiti di accesso al contributo e dei criteri e modalità di erogazione;
- di essere regolarmente residente nel Comune di Saludecio negli anni 2020-2021;
- di possedere un indicatore I.S.E.E. (Indicatore Situazione Economica Equivalente), in corso di validità e relativo al proprio nucleo familiare, pari o inferiore ad Euro 25.000,00 e di produrlo nei tempi tecnici consentiti;
- di trovarsi in una condizione di fragilità economica o in stato di bisogno derivante dall'emergenza sanitaria causata da epidemia Covid-19 ecc..(ad esempio: perdita del posto di lavoro; rimodulazione dell'orario di lavoro con conseguente riduzione della retribuzione; mancato rinnovo dei contratti a termine; cessazione di attività libero-professionali; malattia grave o decesso di un componente del nucleo familiare direttamente causati da epidemia Covid-19, ecc.):

(descrizione della situazione di disagio)

- che il proprio nucleo familiare è composto da n° ___ persone, come segue:
(specificare cognome, nome e grado di parentela con il dichiarante)

1) (dichiarante)

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

7) _____

8) _____

- di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga non veridicità del contenuto delle dichiarazioni,

ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11 comma 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti;

- di essere a conoscenza che, in caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, si applicherà quanto previsto all'art. 76 del vigente Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa;

- di essere consapevole che, in caso di eventuale illecito utilizzo plurimo del medesimo contributo, il beneficio sarà revocato d'ufficio.

LA DOMANDA DOVRÀ ESSERE PRESENTATA **entro e non oltre il giorno giovedì 28 OTTOBRE 2021 ore 12.00, in via telematica**, al seguente indirizzo: ufficio.segreteria@comune.saludecio.rn.it - comune.saludecio@legalmail.it o consegnata **direttamente al protocollo comunale** sito in Piazza Santo Amato, 1 - 47835 Saludecio;

Il Settore FINANZIARIO - UFFICIO TRIBUTI è a disposizione per eventuali ulteriori informazioni chiamando il numero 0541869708 - 0541869709 - 0541/869706 esclusivamente nei giorni di mercoledì e venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,00.

ALLEGATI:

1. COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ, in corso di validità, del dichiarante;
2. COPIA DEL CODICE FISCALE del dichiarante;
3. ATTESTAZIONE ISEE in corso di validità;
4. COPIA DELLA RICEVUTA dell'avvenuto pagamento della tassa T.A.R.I. (solo in caso di richiesta di RIMBORSO)

Saludecio, lì

Firma del dichiarante
