ALLO SPORTELLO UNICO
DELL'EDILIZIA
COMUNE DI MEDICINA

COMUNICAZIONE PER IL RINNOVO TACITO DELL'AUTORIZZAZIONE ALLO SCARICO DI ACQUE REFLUE DOMESTICHE IN ACQUE SUPERFICIALI E/O SUOLO

(Esclusivamente per edificio adibito ad abitazione mono o bifamiliare)

(Delibera di Giunta Regionale n. 1053/2003 - Regolamento Comunale delib. C.C. 71/03)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

Tel. _____ email _____

PEC_____

in qualità di **(Titolare/Legale Rappresentante/Proprietario dell'insediamento)** _____
della Ditta _____
con sede a _____ Via/Piazza _____ n. _____

TRASMETTE

dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, finalizzata al tacito rinnovo dell'Autorizzazione allo Scarico di acque reflue domestiche in acque superficiali o suolo n. ……. del ……,

per l'edificio residenziale sito in Via/Piazza _____ n. _____

censito al catasto fabbricati al Foglio_____mappale_____

con tipologia ☐ monofamiliare / ☐ bifamiliare, che produce scarichi di acque reflue domestiche provenienti esclusivamente da servizi igienici e/o cucine.

Medicina, lì_____

Firma

_____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

Tel. _____ email _____

in qualità di **(Titolare/Legale Rappresentante/Proprietario dell'insediamento)** _____

della Ditta _____

con sede a _____ Via/Piazza _____ n. _____

titolare dell'insediamento ad uso civile abitazione, che produce scarichi di acque reflue domestiche, situato in Comune di Medicina in Via /P.zza_____ civ. n. _____;

consapevole di quanto contenuto nell'art. 76 T.U. 28/12/2000 n. 445 con particolare riferimento a dichiarazioni false ed informato art. 13 DLgs. n. 196 del 30/6/03 (codice in materia di protezione dei dati personali), **ai fini del tacito rinnovo dell'Autorizzazione allo Scarico di acque reflue domestiche n. _____del_____**

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA'

- Che gli scarichi dell'insediamento sopra citato provengono da un'abitazione mono/bifamiliare, e unicamente da servizi igienici e/o cucine
- Che non sono ad oggi causa di inconvenienti igienico-sanitari, di impaludamenti e non pregiudicano il diritto di terzi
- Che il sistema di trattamento è stato realizzato in conformità al D.Lgs 152/1999 e ss.mm, al Regolamento comunale Del. CC 71/2003, secondo l'Autorizzazione sopra citata e alle prescrizioni in essa contenute
- Che sono state effettuate tutte le operazioni necessarie a mantenere in perfetta efficienza nel tempo l'impianto di cui trattasi
- Che non vi sono state variazioni quali/quantitative delle acque scaricate né delle opere fognarie e del sistema di trattamento
- di essere consapevole che l'autorità competente, per esigenze di tutela del corpo recettore dello scarico e per prevenire possibili inconvenienti igienico-sanitari, può richiedere adeguamenti delle modalità di scarico o del sistema di trattamento delle acque reflue domestiche alle disposizioni normative vigenti.

Letto, confermato e sottoscritto in data _____

IL DICHIARANTE

_____

N.B. : Allegare alla presente una fotocopia di un documento di identità in corso di validità

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del **Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)**, si informa che i dati personali raccolti con il presente modulo saranno trattati dal **Comune di Medicina**, in qualità di Titolare del trattamento, esclusivamente per le finalità connesse alla gestione del procedimento amministrativo e per gli adempimenti previsti dalla normativa vigente.

Il conferimento dei dati richiesti è necessario per lo svolgimento dell'istruttoria e la conclusione del procedimento. I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici o privati nei casi e nei limiti previsti dalla legge e potranno essere trattati da soggetti che operano per conto del Comune in qualità di Responsabili del trattamento.

I dati saranno conservati per il periodo previsto dalla normativa vigente in materia di conservazione degli atti amministrativi.

L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del GDPR, nei limiti e alle condizioni previste dalla legge, e può proporre reclamo al **Garante per la protezione dei dati personali**.

Il **Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO)** è **Lepida S.p.A.**, contattabile all'indirizzo e-mail **dpo-team@lepida.it**.

L'informativa completa sul trattamento dei dati personali è disponibile sul sito istituzionale del **Comune di Medicina**.