

Invio a mezzo mail: **riduzioniconvidtari@comune.medicina.bo.it**

NOTA BENE: per fruire delle riduzioni nella rata in scadenza 2 dicembre 2020 il presente modulo deve essere presentato compilato in ogni sua parte al Comune entro la data del 10 ottobre 2020; se la presentazione avviene entro il 31 ottobre 2020 la riduzione spettante sarà applicata a conguaglio.

OGGETTO: DOMANDA DI RIDUZIONE QUOTA VARIABILE TARI 2020 (TASSA RIFIUTI) A SEGUITO DELL'EMERGENZA SANITARIA COVID-19.

Dichiarazione sostitutiva di notorietà
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a
nato/a a prov. il
residente nel Comune di prov.
via codice fiscale

in qualità di titolare
 legale rappresentante

dell'impresa iscritta al Registro Imprese della Camera di Commercio di
denominazione / ragione sociale.....
codice fiscale..... partita IVA (indicare solo se diverso)
sede legale via/piazza..... numero.....
Comune prov.
telefono cellulare.....
fax e-mail.....
PEC (posta elettronica certificata)
sede operativa (se diversa dalla sede legale) via/piazza..... numero.....
Comune prov.
telefono cellulare.....
fax e-mail.....
PEC (posta elettronica certificata)

TITOLARE DELLA POSIZIONE TRIBUTI TARI CODICE _____

operante nel settore

commercio artigianato turismo servizi ristorazione

DICHIARA

DI AVERE A PROPRIA DISPOSIZIONE NEL COMUNE DI _____ I LOCALI ED AREE SITI IN
VIA _____ N. ____ IDENTIFICATI AL FOGLIO _____ PARTICELLE _____
SUBALTERNO/I _____ DOVE VIENE SVOLTA LA SEGUENTE ATTIVITA' _____
_____ CODICE ATECO attività prevalente _____

DICHIARA INOLTRE

CHE NEI SUDETTI LOCALI ED AREE L'ATTIVITA' E' STATA SOSPESA CON PROVVEDIMENTI
NAZIONALI E/O REGIONALI OPPURE SU BASE VOLONTARIA CAUSA COVID-19, DAL
_____ AL _____ (ALMENO 60 GG.) E CHE NON E' STATA INOLTRATA
ALLA PREFETTURA DI BOLOGNA LA COMUNICAZIONE DI PROSEGUIMENTO DELL'ATTIVITA'.

CHIEDE

Di usufruire della riduzione tariffaria TARI prevista, per l'anno 2020, del 25% sulla quota
variabile della tariffa TARI. come prevista dalla deliberazione a carattere regolamentare del
comunale, approvata nel mese di settembre 2020 a seguito dell'emergenza sanitaria Covid-
19

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445 del
28.12.2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti
dati non rispondenti a verità, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 del citato DPR qualora venga
accertata la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, nonché di essere consapevole che la
riduzione sarà applicata dal Comune nell'avviso di pagamento con scadenza 2 dicembre, a condizione che la
dichiarazione venga resa entro i termini di scadenza.

DICHIARA

- di essere in regola con il versamento dei contributi assistenziali e previdenziali;
- di non avere commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o contributi previdenziali, secondo la legislazione italiana;
- di non aver commesso gravi infrazioni debitamente accertate alle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo;

ALLEGA

- a) copia fotostatica di un documento d'identità, in corso di validità, del sottoscrittore.

NOTE.

1. Il modello **NON deve essere presentato dalle utenze di cui alla Tab. 1A e 1B e alla TAB. 2** della Deliberazione Arera 5 maggio 2020 n. 158, **per le quali il Concessionario HERA SPA procederà d'ufficio (vedi elenco dei codici delle posizioni soggette al tributo, allegato al comunicato);**

2. Ulteriori informazioni consultare <https://www.nuovocircondarioimolese.it/tributi> alle pagine TARI dei rispettivi comuni.

INFORMATIVA per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016.

Il trattamento dei dati personali viene effettuato dal Comune di Medicina per lo svolgimento di funzioni istituzionali. I dati personali saranno

raccolti, registrati, organizzati e conservati per le finalità di gestione della procedura e saranno trattati, sia mediante supporto cartaceo che informatico, per le finalità relative allo specifico procedimento secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti vigenti.

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è il Comune di Medicina, con sede in Medicina, Via Libertà 103 40059 (BO)

Responsabile della protezione dei dati la società LepidaSpA dpo-team@lepida.it

I dati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate. A tal fine, anche mediante controlli periodici, viene verificata costantemente la stretta pertinenza, non eccedenza e indispensabilità dei dati rispetto al rapporto, alla prestazione o all'incarico in corso, da instaurare o cessati, anche con riferimento ai dati che Lei fornisce di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultano eccedenti o non pertinenti o non indispensabili non sono utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene. Nella sua qualità di interessato, Lei ha diritto di accesso ai dati personali; di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano; di opporsi al trattamento; di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole della veridicità di quanto riportato assumendosene la totale responsabilità. La presente dichiarazione ha valore di autocertificazione e di consenso al trattamento dei dati personali (Regolamento europeo n. 679/2016), limitatamente al presente procedimento e/o ad eventuali altri a questo collegati.

Luogo e data

Timbro dell'azienda e firma del titolare o legale rappresentante
