|  |
| --- |
| **TARI tributo comunale sui rifiuti e sui servizi –Riduzione per compostaggio domestico**Il/La sottoscritto/a (Cognome/Nome) ...................................................................................... Codice Fiscale ..........................................................................................................................Titolare dell’utenza domestica ubicata nel Comune di ............................................................Via .....................................................n. ...................Foglio...................Numero.....................Subalterno..................... richiede la riduzione del 15% prevista dall’art. 32 Regolamento IUC-TARI da applicare sulla quota variabile del tributo. Dichiara a tal fine q.s.:1. di rispettare tutte le disposizioni previste dal relativo articolo regolamentare;
2. di possedere un biocompostore efficiente;
3. di praticare il compostaggio in modo continuativo e corretto secondo le disposizioni di cui all’art. 32 del regolamento IUC-TARI;
4. di accettare i controlli che l’ufficio tecnico predisporrà per verificare l’utilizzo continuo e corretto del biocompostore o del compost in buca;
5. di comunicare tempestivamente all’ufficio tecnico comunale e all’ufficio tributi l’intenzione di non aderire più all’iniziativa;
6. di essere a conoscenza che l’agevolazione verrà applicata a consuntivo sul tributo dovuto per l’anno corrente o per il successivo.

Dichiara inoltre che il biocompostore verrà ubicato al sotto indicato indirizzo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Rilascia inoltre il seguente riferimento telefonico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Montescudaio...................... Cognome e Nome  .........................................Per la riduzione rivolgersi all’ufficio tributi tel. 0586/651640 fax 0586/651660 mail a.martellacci@unione.collimarittimipisani.pi.it.Si informa che la richiesta può essere inviata per fax al n. 0586/651660 o per posta in Via Della Madonna, n. 37 - 56040 Montescudaio (Pisa) o per mail allegando copia del documento di identità in corso di validità. |
|  |