



RICHIESTA AGEVOLAZIONE DELLA TARIP PER NUCLEO FAMILIARE OVE PRESENTE UNO O PIU' INVALIDI AL 67% PER IL COMUNE DI SAN DONÀ DI PIAVE

Codice Utente (n° reperibile in bolletta) 1 0 0 | | | | | | | | | |

Codice Utenza (n° contratto reperibile in bolletta) 3 0 0 | | | | | | | | | |

Il/la sottoscritto/a (intestatario/a della TARIP)

Cognome e nome		residente a	
.....		
indirizzo		C.A.P.	prov.
.....		
recapito telefonico	indirizzo mail	C.F.	
.....		

CHIEDE

di fruire dell'agevolazione ai fini TARIP così come previsto dal vigente "Regolamento comunale per l'applicazione della tariffa a corrispettivo TARIP" e a tale scopo

DICHIARA

che nel suo nucleo familiare sono presenti le seguenti persone invalide al 67%:

Cognome e nome	C.F.
.....	
Cognome e nome	C.F.
.....	

come risulta dal/i certificato/i di invalidità rilasciato/i dalle competenti strutture pubbliche e a tale proposito allega copia del/i certificato/i (allegato/i obbligatorio)

Sezione da compilarsi a cura dell'utente nel caso in cui venga meno il diritto all'agevolazione

Cognome e nome del componente il nucleo – invalido al 67%	Data decorrenza decadenza beneficio
...../...../.....
Motivazione decadenza beneficio	
.....	

PRIVACY	Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di essere stato informato da Veritas Spa che i propri dati personali sono raccolti e trattati per l'espletamento di attività connesse alla gestione del rapporto relativo all'erogazione del Servizio di Igiene Urbana, alle attività di gestione, accertamento, riscossione e gestione del contenzioso del tributo TARI – TARIP e di aver preso visione dell'informativa M PRY 21 informativa trattamento dati personali per clienti/utenti dei servizi ambientali TARI – TARIP, resa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), consultabile e scaricabile dalla pagina web aziendale https://www.gruppoveritas.it/privacy , e reperibile presso tutti gli sportelli di Veritas Spa.
----------------	--



Il presente modulo, corredato dalla documentazione indicata all'interno del modulo stesso, può essere consegnato attraverso una delle seguenti modalità:

Tramite email all'indirizzo: clienti@gruppoveritas.it

Via fax al numero: **041 729 11 50**

Previo appuntamento, presso uno dei nostri **sportelli territoriali**.
L'appuntamento è prenotabile autonomamente sullo Sportello OnLine oppure telefonicamente.

Rete fissa N.verde **800 466 466**

Rete Mobile **041 965 55 30**
Numero a pagamento



Dichiara, infine, _____

ALLEGA i seguenti documenti:

- COPIA DOCUMENTO DI IDENTITÀ VALIDO** (O *PERMESSO DI SOGGIORNO*) DEL DICHIARANTE E DEL DELEGATO IN CASO DI DELEGA (**OBBLIGATORIO**);*
- CERTIFICATO DI INVALIDITÀ** RILASCIATO DALLE COMPETENTI STRUTTURE PUBBLICHE (**ALLEGATO OBBLIGATORIO**);
-

Data/...../.....

Firma

documento identificativo.....

n° rilasciato da.....

* **ALLEGATO OBBLIGATORIO** solo nel caso in cui la presente richiesta non venga consegnata personalmente dal sottoscrittore presso gli sportelli/uffici Veritas.

L'incaricato di VERITAS Spa cui la richiesta è diretta, al momento della presentazione della stessa, verificherà immediatamente se il richiedente ha diritto all'esonero e consegnerà copia della presente con un visto che costituisce l'accettazione della richiesta e riconoscimento dell'esenzione.



Il presente modulo, corredato dalla documentazione indicata all'interno del modulo stesso, può essere consegnato attraverso una delle seguenti modalità:

Tramite email all'indirizzo:
clienti@gruppoveritas.it

Via fax al numero:
041 729 11 50

Previo appuntamento, presso uno dei nostri
sportelli territoriali.
L'appuntamento è prenotabile autonomamente
sullo Sportello OnLine oppure telefonicamente.

Rete fissa N.verde
800 466 466

Rete Mobile
041 965 55 30
Numero a pagamento

