



Comune di Castelnuovo Don Bosco

Provincia di Asti

Via Roma, 12 – 14022 Castelnuovo Don Bosco (AT)

Tel. 011-9876165 int.4

E mail: castelnuovodonbosco@serviziotributi.it

ISTANZA DI RATEIZZAZIONE PAGAMENTO TARI ORDINARIA **Persone Fisiche**

Il/La sottoscritto/a

DATI DEL CONTRIBUENTE																					
Cognome	Nome																				
Nato a	il <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Giorno</td> <td colspan="3">Mese</td> <td colspan="4">Anno</td> </tr> </table>											Giorno			Mese			Anno			
Giorno			Mese			Anno															
Comune di Residenza																					
Indirizzo																					
Codice fiscale <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																					
Recapito telefonico	E-mail																				

(*) SI RACCOMANDA DI SCRIVERE IN MODO LEGGIBILE IN PARTICOLARE I RECAPITI TELEFONICI E L'INDIRIZZO E-MAIL

VISTO

L'avviso di pagamento **TARI anno 20__ n. per un importo di €**

L'avviso di pagamento **TARI anno 20__ n. per un importo di €**

DICHIARA

Che fanno parte del proprio **nucleo familiare n..... componenti** di cui:

- Numero minori presenti nel nucleo
- Numero persone ultra-sessantacinquenni
- Numero persone disabili
- Numero persone affette da patologie cronici.....

• **Che la situazione economica del nucleo familiare ha subito i seguenti effetti economici negativi anche temporanei**

- Perdita del lavoro** (licenziamento, mancato rinnovo di contratto a tempo determinato, ecc.) senza attivazione di armonizzatori sociali ovvero con ammortizzatori insufficienti in relazione al carico familiare (specificare nelle note)
- Chiusura / Forte limitazione della propria attività professionale, commerciale, produttiva o artigianale;**
- Impossibilità di percepire reddito derivante da prestazioni occasionali o saltuarie o intermittenti** a causa dell'obbligo di permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria o per effetto della contrazione delle chiamate (specificare nelle note)
- Altro** (specificare nelle note)

note

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- **Di possedere, a nome proprio e degli altri componenti del nucleo familiare, uno o più depositi bancari o postali di importo complessivo pari a €**

Che nessun componente del proprio nucleo familiare è assegnatario di altro sostegno pubblico integrativo del reddito.

oppure

Di percepire il/i seguente/i contributo/i pubblico/i (es. reddito di cittadinanza, cassa integrazione o altro) come specificato di seguito:

.....
di importo mensile pari a: €

- **Che il proprio nucleo familiare ha la seguente condizione abitativa:**

Affitto da privato con rata mensile di €

Casa di proprietà con mutuo attivo rata mensile di €

Comodato d'uso gratuito

Casa di proprietà senza mutuo

- **Che trovandosi in temporanea situazione di difficoltà economica, non è attualmente in grado, data la carenza di liquidità, di effettuare il pagamento entro le scadenze indicate nei documenti suindicati.**

• Di essere a conoscenza delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità (art.76 DPR 445/2000 e 507/93 e successive modificazioni) in base agli artt.46 e 47 del DPR 445/2000.

• Di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D. Lgs. n. 196 del 30.06.03, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

CHIEDE

- **che gli venga concessa la rateazione del pagamento della somma dovuta in rate mensili (massimo 6 salvo deroghe)**

Importo rata solvibile massima pari a € con prima scadenza a partire dal

Allego

ESPRESSAMENTE DICHIARA

- di non essere moroso per precedenti dilazioni riguardanti anche altre entrate comunali;
- di non avere procedure di liquidazione o fallimento in corso;
- di essere a conoscenza che in caso di mancato pagamento di due rate consecutive entro i termini previsti, decadrà automaticamente dal beneficio della rateizzazione e l'importo residuo sarà immediatamente riscuotibile in un'unica soluzione;
- di essere a conoscenza che la presente richiesta è soggetta ad autorizzazione da parte del Comune, che informerà il contribuente in forma scritta dell'avvenuta accettazione ovvero diniego della richiesta;

Ai sensi dell'art.38 del DPR 445/2000 la domanda è sottoscritta in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore all'ufficio competente.

.....
Data

.....
Firma del dichiarante

RISERVATO ALL'UFFICIO

Si autorizza la rateizzazione di cui in premessa mediante versamento in n. rate.

La prima rata di € dovrà essere versata entro il

Le successive rate di € saranno a cadenza mensile fino ad esaurimento del debito

Castelnuovo Don Bosco,

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ex artt. 13-14 Reg.to UE2016/679

Il Comune, ai sensi del nuovo GDPR 2016/679, informa l'utente che tratterà i dati personali, contenuti nel presente provvedimento, esclusivamente per lo svolgimento delle attività e per l'assolvimento degli obblighi di Legge, come dettagliato nell'informativa predisposta allo scopo, pubblicata sul sito istituzionale dell'Ente, nella sezione Privacy.



