

TASSA SUI RIFIUTI – TARI – RIDUZIONI PER MOTIVI DI REDDITO

Richiesta per l'anno di imposta 2020

da presentarsi dall'01 settembre 2020 al 31 dicembre 2020

Al Funzionario Responsabile TARI
del Comune di **OCCHIOBELLO**

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ C.F.= _____
residente in questo Comune in via _____ n. _____

dichiara

sotto la propria responsabilità, di versare in una delle condizioni sotto riportate:

Locali destinati ad esclusivo uso di abitazione, siti nel perimetro di raccolta ed occupati da un pensionato, avente quale unico reddito individuale, pensione al trattamento minimo, erogata dall'I.N.P.S. (per l'anno 2019: **Euro 6.669,13**); RIDUZIONE DEL 15% della parte fissa e della parte variabile;

Locali destinati ad esclusivo uso di abitazione, siti nel perimetro di raccolta ed occupati da due pensionati o due anziani ultrasessantenni, il cui reddito familiare risulti costituito unicamente da pensione il cui importo non superi due volte il trattamento minimo erogato dall'I.N.P.S. (per l'anno 2019: **Euro 13.338,26**); RIDUZIONE DEL 15% della parte fissa e della parte variabile;

Locali destinati ad esclusivo uso di abitazione, siti nel perimetro di raccolta ed occupati da famiglie con presenza di portatore di handicap o nelle quali è presente un soggetto gravato da invalidità pari o superiore al 66%, il cui reddito complessivo non sia superiore a tre volte il trattamento minimo I.N.P.S. (per l'anno 2019: **Euro 20.007,39**); RIDUZIONE DEL 15% della parte fissa e della parte variabile;

chiede

che gli venga accordata la prevista riduzione di tariffa, ed allega i seguenti documenti:

1. Copia del Modello ISE/ISEE completo in ogni sua parte compresa l'attestazione dell'avvenuta presentazione al soggetto competente a riceverla a comprova di quanto sopra dichiarato;

2. _____

3. _____

Occhiobello, lì _____

In Fede

RICHIESTA PERVENUTA
ALL'UFFICIO IN DATA _____

CONTROLLO CONDIZIONI PER LA CONCESSIONE DELLA RIDUZIONE DI TARIFFA RICHIESTA

CASISTICA	REDDITO MASSIMO	REDDITO DICHIARATO
1	Euro 6.669,13	Euro _____
2	Euro 13.338,26	Euro _____
3	Euro 20.007,39	Euro _____

Certificato medico di invalidità superiore
al 66 per cento

SI **NO**

Richiesta integrazione documenti in data _____

Consegnati in data _____

CONCLUSIONI:

RIDUZIONE DI TARIFFA **ACCORDATA**

NEGATA

Il Funzionario Responsabile
Dott.ssa Cristina De Tomas
