

DA COMPILARSI A CURA DELL'INTESTATARIO DELL'UTENZA R.S.U.

OGGETTO: Richiesta agevolazione sul pagamento della tariffa per il servizio di raccolta, trasporto e smaltimento rifiuti solidi urbani gestito dalla Comunità Valsugana e Tesino.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____ in Via _____

Vista la deliberazione giuntale n° 103 del 31.12.2020, con la quale sono state individuate, per l'anno 2021, ai sensi dell'art. 9 del Regolamento per la disciplina della tariffa per la gestione del ciclo dei rifiuti (TA.RI.), i casi in cui il Comune di Ospedaletto si sostituisce al soggetto obbligato nel pagamento totale o parziale della tariffa, tra cui:

“B) ANZIANI E/O PORTATORI DI HANDICAP E/O PATOLOGIE CRONICHE che comportino un elevata produzione di rifiuti: nuclei familiari residenti che comprendono utilizzatori di pannoloni e/o altri presidi o dispositivi medici prescritti da un certificato medico nella misura di 360 litri annuali. L'esenzione spetta per ogni utilizzatore compreso nello stesso nucleo familiare.

L'esenzione è richiesta dall'utente al Comune e se ritenuta sussistente comunicata da quest'ultimo alla Comunità.

L'esenzione decorre dal mese successivo alla data della richiesta fino al mese – compreso – del raggiungimento del mantenimento del requisito.

La sostituzione all'utenza è applicabile solo nel caso di addebito di tariffa variabile effettiva sulla base degli svuotamenti effettuati, comprendendo anche la quantità minima annua di rifiuto residuo da addebitare all'utenza.”

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, dall'art. 76 del medesimo D.P.R. n° 445/2000.

E' con la presente a chiedere di usufruire dell'agevolazione di cui sopra*

- ☐ Dichiaro infatti di essere anziano bisognoso di pannoloni. A tal fine allega specifica certificazione medica che attesta la necessità all'uso di pannoloni.
- ☐ Dichiaro che nel proprio nucleo familiare è presente (un anziano o un portatore di handicap – nome e data di nascita) _____
A tal fine allega specifica certificazione medica che attesta la necessità all'uso di pannoloni.
Distinti Saluti.

Firma _____

- ☐ Firmato alla presenza del funzionario comunale competente
In alternativa
☐ Allega fotocopia documento d'identità

* Segnare il caso che ricorre