

COMUNE DI TRE VILLE

PROVINCIA DI TRENTO

UFFICIO TRIBUTI

tributi@comunetreville.tn.it
38070 TRE VILLE (TN) – Via Roma 4/a
Tel. 0465/321133 - Fax 0465/324457
Cod. Fisc. e P. IVA 02402200220

SPETT.LE
UFFICIO TRIBUTI
COMUNE DI TRE VILLE
Via Roma 4/A
38070 TRE VILLE (TN)

OGGETTO: COMUNICAZIONE VARIAZIONE POSIZIONE ACQUEDOTTO E/O TARIFFA RIFIUTI.

☐ SUBENTRO ☐ compravendita ☐ donazione ☐ successione ☐ locazione ☐ altro	DATI PRECEDENTE UTENTE ☐ ACQUEDOTTO ☐ TARI Cognome Nome Codice Fiscale
☐ VARIAZIONE DATI	Specificare i dati variati ☐ ACQUEDOTTO ☐ TARI
☐ NUOVA UTENZA	☐ ACQUEDOTTO ☐ TARI

II/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome Nome																
Codice Fiscale																
Luogo di nascita											Data di nascita					
Residenza in											Cap			Prov		
Frazione									Via e n.							
e-mail																
Telefono											Fax					

IN QUALITÀ DI:	☐ proprietario
	☐ affittuario
	☐ erede
	☐ altro (specificare)
	☐ legale rappresentante della società
	cod. fisc. o Part. IVA

CHIEDE/COMUNICA

IL SUBENTRO/VARIAZIONE DATI/NUOVA UTENZA NELLE SEGUENTI POSIZIONI:

1. IMMOBILI UBICATI IN:

Frazione		
Via		N.

☐ ACQUEDOTTO, FOGNATURA E DEPURAZIONE

Data decorrenza variazione		Matricola contatore	
Lettura contatore		Alla data del	
N. unità servite			

☐ Si allega il modulo di richiesta di attivazione dell'addebito automatico (SEPA CORE).
Si allega il contatto di fornitura sottoscritto.

☐ TARIFFA SUI RIFIUTI

Data decorrenza variazione		Utenza di residenza	☐ SI	☐ NO		
Componenti nucleo familiare (solo per abitazione di residenza)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	☐ 6 o più

DATI IDENTIFICATIVI IMMOBILE:

Destinazione d'uso dei locali	Superficie	Cod. Comune	Sezione	N. foglio	N. P.Ed.	N. Sub
☐ Appartamento						
☐ Garage/pertinenze						
☐ Altro (specificare):						
Denominazione proprietario immobile: (se diverso dal dichiarante)						

DISPOSITIVO SECCO RESIDUO

Tipo dispositivo	☐ Chiavetta verde	☐ bidone isola ecologica privata
Volume		
Codice		
Note	☐ già in possesso di dispositivo/bidone ☐ altro	

Ai fini della concessione delle riduzioni-agevolazioni tariffarie dichiara:

☐ Di aver trasferito il proprio domicilio permanentemente presso RSA/Istituto sanitario e che l'abitazione di cui sopra non risulta locata o utilizzata.
☐ Che l'abitazione di cui sopra è appartenente al patrimonio edilizio montano e non è oggetto di residenza
☐ Di praticare il compostaggio della frazione organica dei rifiuti urbani, con trasformazione biologica a mezzo: ☐ Composter ☐ Cumulo ☐ altro _____ ubicato presso _____ _____ su superficie non pavimentata di pertinenza della propria abitazione o altrui.

☐ Che l'abitazione è posseduta, a titolo di proprietà o di usufrutto in Italia, da cittadini italiani non residenti nel territorio dello Stato e iscritti all'AIRE, già pensionati nei rispettivi Paesi di residenza, a condizione che non risulti locata o data in comodato d'uso.
☐ Che i locali di cui sopra sono ubicati al di fuori del perimetro di raccolta
☐ Che nell'abitazione di cui sopra ha la sua residenza/abituale dimora un soggetto che per malattia o handicap produce una notevole quantità di tessili sanitari o altro tipo di rifiuto sanitario domestico. Si allega idonea documentazione medica.

2. IMMOBILI UBICATI IN:

Frazione		
Via		N.

☐ ACQUEDOTTO, FOGNATURA E DEPURAZIONE

Data decorrenza variazione		Matricola contatore	
Lettura contatore		Alla data del	
N. unità servite			
☐ Si allega il modulo di richiesta di attivazione dell'addebito automatico (SEPA CORE). Si allega il contatto di fornitura sottoscritto.			

☐ TARIFFA SUI RIFIUTI

Data decorrenza variazione		Utenza di residenza				☐ SI	☐ NO
Componenti nucleo familiare (solo per abitazione di residenza)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	☐ 6 o più	

DATI IDENTIFICATIVI IMMOBILE:

Destinazione d'uso dei locali	Superficie	Cod. Comune	Sezione	N. foglio	N. P.Ed.	N. Sub
☐ Appartamento						
☐ Garage/pertinenze						
☐ Altro (specificare):						
Denominazione proprietario immobile: (se diverso dal dichiarante)						

DISPOSITIVO SECCO RESIDUO

Tipo dispositivo	☐ Chiavetta verde	☐ bidone isola ecologica privata
Volume		
Codice		
Note	☐ già in possesso di dispositivo KEY/bidone ☐ altro	

Ai fini della concessione delle riduzioni-agevolazioni tariffarie dichiara:

☐ Di aver trasferito il proprio domicilio permanentemente presso RSA/Istituto sanitario e che l'abitazione di cui sopra non risulta locata o utilizzata.
☐ Che l'abitazione di cui sopra è appartenente al patrimonio edilizio montano e non è oggetto di residenza

☐ Di praticare il compostaggio della frazione organica dei rifiuti urbani, con trasformazione biologica a mezzo: ☐ Composter ☐ Cumulo ☐ altro _____ ubicato presso _____ su superficie non pavimentata di pertinenza della propria abitazione o altrui.

☐ Che l'abitazione è posseduta, a titolo di proprietà o di usufrutto in Italia, da cittadini italiani non residenti nel territorio dello Stato e iscritti all'AIRE, già pensionati nei rispettivi Paesi di residenza, a condizione che non risulti locata o data in comodato d'uso.

☐ Che i locali di cui sopra sono ubicati al di fuori del perimetro di raccolta

☐ Che nell'abitazione di cui sopra ha la sua residenza/abituale dimora un soggetto che per malattia o handicap produce una notevole quantità di tessili sanitari o altro tipo di rifiuto sanitario domestico.

Si allega idonea documentazione medica.

3. IMMOBILI UBICATI IN:

Frazione		
Via		N.

☐ ACQUEDOTTO, FOGNATURA E DEPURAZIONE

Data decorrenza variazione		Matricola contatore	
Lettura contatore		Alla data del	
N. unità servite			

☐ Si allega il modulo di richiesta di attivazione dell'addebito automatico (SEPA CORE).
Si allega il contatto di fornitura sottoscritto.

☐ TARIFFA SUI RIFIUTI

Data decorrenza variazione		Utenza di residenza	☐ SI	☐ NO
Componenti nucleo familiare (solo per abitazione di residenza)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
			5 ☐	☐ 6 o più

DATI IDENTIFICATIVI IMMOBILE:

Destinazione d'uso dei locali	Superficie	Cod. Comune	Sezione	N. foglio	N. P.Ed.	N. Sub
☐ Appartamento						
☐ Garage/pertinenze						
☐ Altro (specificare):						
Denominazione proprietario immobile: (se diverso dal dichiarante)						

DISPOSITIVO SECCO RESIDUO

Tipo dispositivo	☐ Chiavetta verde	☐ bidone isola ecologica privata
Volume		
Codice		
Note	☐ già in possesso di dispositivo/bidone ☐ altro	

Ai fini della concessione delle riduzioni-agevolazioni tariffarie dichiara:

☐ Di aver trasferito il proprio domicilio permanentemente presso RSA/Istituto sanitario e che l'abitazione di cui sopra non risulta locata o utilizzata.
☐ Che l'abitazione di cui sopra è appartenente al patrimonio edilizio montano e non è oggetto di residenza
☐ Di praticare il compostaggio della frazione organica dei rifiuti urbani, con trasformazione biologica a mezzo: ☐ Composter ☐ Cumulo ☐ altro _____ ubicato presso _____ su superficie non pavimentata di pertinenza della propria abitazione o altrui.
☐ Che l'abitazione è posseduta, a titolo di proprietà o di usufrutto in Italia, da cittadini italiani non residenti nel territorio dello Stato e iscritti all'AIRE, già pensionati nei rispettivi Paesi di residenza, a condizione che non risulti locata o data in comodato d'uso.
☐ Che i locali di cui sopra sono ubicati al di fuori del perimetro di raccolta
☐ Che nell'abitazione di cui sopra ha la sua residenza/abituale dimora un soggetto che per malattia o handicap produce una notevole quantità di tessili sanitari o altro tipo di rifiuto sanitario domestico. Si allega idonea documentazione medica.

Si richiede inoltre che le fatturazioni vengano inviate

☐ all'indirizzo postale sopra riportato							
☐ al seguente indirizzo							
Via			N.		Frazione		
Cap		Città				Prov	
☐ a mezzo e-mail							

Si allega la seguente documentazione:

Informativa sul trattamento dei dati personali

Si informa che ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, i dati personali sono raccolti dal Servizio Tributi, Commercio e Pubblici esercizi per lo svolgimento dell'attività di propria competenza, per lo svolgimento di funzioni istituzionali e in esecuzione di un compito o di una funzione di interesse pubblico. I dati sono oggetto di comunicazione e diffusione ai sensi di legge.

Titolare del trattamento è il Comune di Tre Ville con sede a Tre Ville in Via Roma 4/a (e-mail info@comunetreville.tn.it, PEC comune@pec.comunetreville.tn.it, sito www.comunetreville.tn.it), Responsabile della Protezione dei Dati è il Consorzio dei Comuni Trentini, con sede a Trento in via Torre Verde 23 (e-mail servizioRPD@comunitrentini.it, sito internet www.comunitrentini.it).

Lei può esercitare il diritto di accesso e gli altri diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679 e dell'art. 7 e seguenti del D.Lgs. 196/2003.

L'informativa completa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, è a disposizione presso il Servizio Tributi, commercio e Pubblici Servizi.

(luogo e data)

(firma)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta ed inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore,.

Provincia di Trento

[illegible]

Riferimento del mandato (inserire Codice Fiscale debitore)

- autorizza il Creditore a disporre l'addebito del conto indicato nella sezione sottostante;
- autorizza la Banca del Debitore ad eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore.

I campi contrassegnati con asterisco (*) sono obbligatori.

Nome e Cognome /
Rag. Sociale*

Nome del/i Debitore/i

Indirizzo

Via e N° civico

Codice postale

Località

Paese

Cod. Fiscale/P. IVA*

Cod. Fiscale / Part. IVA del Debitore

IBAN*

IBAN del titolare del conto corrente

BANCA:

Rag. Sociale COMUNE DI TRE VILLE

Cod. Identificativo IT930010000002402200220

Sede Legale VIA ROMA, 4/A FRAZ. RAGOLI 38070 TRE VILLE (TN) - ITALIA

Dati relativi al Sottoscrittore (Da compilare obbligatoriamente nel caso in cui Sottoscrittore e Debitore non coincidano)

Nome e Cognome

Cod. Fiscale

Tipologia di pagamento*

☒ Ricorrente

 Singolo addebito

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa. Il sottoscritto Debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Luogo

Data di sottoscrizione*

*Firma/e

Nota: I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.