



COMUNE DI OSPITALE DI CADORE

Provincia di Belluno

C.F. /P.IVA 00212310254 **UFFICIO TRIBUTI** Via Roma 5

N. Tel. 0437 779002 E-mail unionemontana@clz.bl.it

N. Prot. _____

SPETT.LE SIG./SIG.RA

C.F. _____

COMUNICAZIONE AVVENUTA ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO GESTIONE RIFIUTI – UTENZA DOMESTICA

(Delibera Arera 15/2022 – Allegato “A” articoli 7 -8)

In riferimento alla Sua domanda di attivazione del servizio di gestione dei rifiuti, pervenuta a questo Comune in data _____ n. Prot. _____

Siamo a comunicare quanto segue:

- 1) Che il servizio è stato attivato in data _____, data da Lei comunicata di inizio possesso/detenzione dell’immobile
- 2) Che il pagamento della Tassa rifiuti (TARI), decorre dal giorno _____
- 3) Che il codice utente assegnato è il seguente: _____
- 4) Che il codice utenza assegnato è il seguente: _____

_____ li _____

Il Responsabile