



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

RICHIESTA -CESSAZIONE DEL SERVIZIO DI GESTIONE DEI RIFIUTI (Delibera Arera 15/2022 – Allegato “A” articoli 10-11-12)

Il/La sottoscritto/a

Cognome		Nome					
Nato a		il		Prov.		C.F.	
Residente a		Prov.		Via e n. civ.			
Tel.		Cell.		Mail			

In qualità di: titolare Legale rappresentante Altro _____

Della ditta		<input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Persona Giuridica			
Con sede in		Cap.		Prov.	
Via e n. civ.		n. tel.			
E-mail		PEC			
Codice Fiscale		P.IVA		COD. ATECO	
Codice utente		Codice utenza			

Settore attività: Industria Artigiana Commerciale Professionale/servizi Altro _____

Ai sensi dell'art 47 del DPR 445/2000, consapevole delle pene stabilite dagli artt. 76 e 77 del DPR 445/2000 per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, e sotto la propria responsabilità

DICHIARA DI

<input type="checkbox"/> di avere cessato l'occupazione a decorrere dal _____

DEI SEGUENTI IMMOBILI:

UBICAZIONE - VIA E N. CIVICO	DATI CATASTALI				
	CATEGORIA	SEZIONE	FOGLIO	MAPPALE	SUB

CHIEDE

La cancellazione dagli elenchi comunali ai fini del pagamento della Tassa Rifiuti (TARI)

Data _____

Timbro e firma