



Tariffa Rifiuti Puntuale Corrispettivo (TCP) - Anno \_\_\_\_\_

**UTENZE DOMESTICHE**

**Richiesta di Agevolazione per utilizzo di ausili per incontinenza e stomie**

Il/la sottoscritto/a.....

Nato a.....il .....

residente a Cavriago in Via.....n° .....

Codice Fiscale.....

telefono.....indirizzo email.....

intestatario di Utenza TCP numero cliente.....

(da indicare **OBBLIGATORIAMENTE** – si trova sulla fattura IREN)

ai sensi dell'art. 30 del vigente Regolamento per la Disciplina della Tariffa Rifiuti Corrispettiva del Comune di Cavriago,

**CHIEDE**

il riconoscimento delle agevolazioni previste dal Comune di Cavriago sul corrispettivo della tariffa sul servizio rifiuti calcolata con meccanismi di misurazione puntuale del rifiuto indifferenziato.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

che all'interno del proprio nucleo familiare sono presenti soggetti, non ricoverati in strutture sanitarie e/o di accoglienza, che utilizzano ausili per incontinenza e per stomie, e pertanto di avere diritto di usufruire dell'agevolazione prevista dall'art. 30 del vigente Regolamento per la Disciplina della Tariffa Rifiuti Corrispettiva del Comune di Cavriago.

La presente dichiarazione è valida dal \_\_\_\_\_

(indicare la data della richiesta del medico di base per la fornitura dei presidi).



Comune di Cavriago  
Settore Affari tributari

Il soggetto presente nel proprio nucleo familiare anagrafico che utilizza i presidi sanitari è:

(cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Ai sensi dell'art. 39 comma 1 del Regolamento per la Disciplina della Tariffa Rifiuti Corrispettiva del Comune di Cavriago, il/la sottoscritto/a **si impegna a presentare tempestivamente al Comune di Cavriago la comunicazione di cessazione** dell'utilizzo dei presidi e quindi la cessazione dell'agevolazione entro 90 giorni solari dalla data in cui sono venute meno le condizioni. In difetto il Gestore provvede al recupero della tariffa con applicazione della sanzione per omessa comunicazione.

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza che colui che rilascia una dichiarazione falsa, anche in parte, perde i benefici eventualmente conseguiti e subisce le sanzioni previste dalle norme vigenti in materia.

Il Comune di Cavriago e il Gestore si riservano la facoltà di controllare la veridicità di quanto sopra dichiarato.

Alla presente richiesta si allegano i seguenti documenti **(obbligatori)**

- Copia del documento di identità del sottoscrittore
- Certificato di prescrizione medica (di base o specialistica) degli ausili per incontinenza e stomie **OPPURE** documento di consegna presidi sanitaria da parte dell'AUSL).



Comune di Cavriago  
Settore Affari tributari

*Si informa che, ai sensi del Regolamento europeo n. 679/2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali), i dati forniti saranno trattati dal Comune di Cavriago esclusivamente per il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Ente. Il Titolare del trattamento è il Comune di Cavriago con sede in Piazza Don Dossetti n. 1 – 42025 Cavriago (RE). Il Responsabile della protezione dei dati personali è Lepida S.p.A. Sono incaricati del trattamento dei dati personali i funzionari/dipendenti autorizzati a compiere operazioni di trattamento. Per prendere visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali in formato esteso, si rimanda alla pagina dedicata all'informativa privacy del sito istituzionale <https://www.comune.cavriago.re.it/privacy>.*

CAVRIAGO, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.