|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Villa Collemandina – Stemma |  |
| **COMUNE DI VILLA COLLEMANDINA**  **Provincia di Lucca**  **Via IV Novembre, 17 - 55030 Villa Collemandina Tel. 0583/68046 Fax 0583/68742** |

Spett.le

Comune di Villa Collemandina

Ufficio Tributi

[*comune.villacollemandina@postacert.toscana.it*](mailto:comune.villacollemandina@postacert.toscana.it)

*tributi@comune.villacollemandina.lu.it*

TASSA RIFIUTI

DENUNCIA DI CESSAZIONE

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In (Via, piazza…)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. telefono/cel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle Dichiarazioni non veritiere, di cui all’at. 75 del DPR 445/2000; ai sensi per gli effetti dell’art. 47 del citato DPR sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

**Di avere cessato l’occupazione dei seguenti locali: Identificativo catastale:**

FG.\_\_\_\_\_ MAP. \_\_\_\_\_\_\_\_ SUB. \_\_\_\_\_REND.\_\_\_\_\_\_\_\_ MQ. \_\_\_\_\_\_\_\_ CAT. \_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ad uso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data della cessazione \_\_\_/\_\_/\_\_\_\_

CHIEDE

La cancellazione dai ruoli della tassa rifiuti, ai sensi della vigente disciplina dettata dal D.Lgs. 507/93 e succ. modifiche e regolamento TARI vigente.

DATI DEL NUOVO UTENTE O DEL PROPRIETARIO:

Nome e Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cod.fisc\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero utilizzatori: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il dichiarante