



# COMUNE DI CUGNOLI

Provincia di Pescara

Via Roma, 5 65020 Cugnoli (PE) Tel. 085/8576131 Fax 085 8576722

- sito web istituzionale: <http://www.comune.cugnoli.pe.it/>

e-mail ufficio ragioneria: [ragioneria@comune.cugnoli.pe.it](mailto:ragioneria@comune.cugnoli.pe.it) – PEC: [ragioneria@pec.comune.cugnoli.pe.it](mailto:ragioneria@pec.comune.cugnoli.pe.it)

## T.A.R.I. - ANNO 2014

RICHIESTA DI AGEVOLAZIONE T.A.R.I. (EX TA.R.S.U.) PER NUCLEI FAMILIARI IN CUI SIANO PRESENTI PERSONE DIVERSAMENTE ABILI IN STATO DI GRAVITA' (LEGGE 104/92) **DI CUI A CERTIFICAZIONE ALLEGATA** (Art. 15 DEL REGOLAMENTO IUC APPROVATO CON DELIBERA C.C. N. 17 DEL 11/08/2014.

### ART. 15

Ulteriori riduzioni e agevolazioni (art. 1, comma 660, L. 147/2013).

1. Vengono stabilite le seguenti agevolazioni/riduzioni:

a) **Riduzione del 30%** della parte variabile della tariffa per i nuclei familiari in cui sia presente un soggetto portatore di handicap di cui alla L. 104/92.

2. L'esenzione o la riduzione è concessa su domanda dell'interessato ed a condizione che questi dimostri di averne diritto. Il Comune può, in qualsiasi tempo, eseguire gli opportuni controlli al fine di verificare l'effettiva sussistenza delle condizioni richieste per le esenzioni o le riduzioni. L'agevolazione, una volta concessa, compete anche per gli anni successivi, senza bisogno di nuova domanda, fino a che persistono le condizioni richieste. Allorchè queste vengono a cessare, l'obbligazione tributaria decorrerà dal primo giorno del bimestre solare successivo a quello in cui sono venute meno le condizioni per l'agevolazione, su denuncia dell'interessato e/o verifica d'ufficio. In caso di accertamento d'ufficio, per omissione della predetta denuncia, saranno applicate le sanzioni previste per Legge.

N.B.: LA PERSONA INVALIDA DEVE ESSERE COMPRESA NELLO STATO DI FAMIGLIA DELL'INTESTATARIO DEL RUOLO T.A.R.I.

### INTESTATARIO RUOLO T.A.R.I.

COGNOME:	_____
NOME:	_____
NATO/A A _____	PROV. _____ IL _____
SESSO _____	CODICE FISCALE _____
RESIDENTE A _____	
IN VIA/PIAZZA _____	N. _____
SC. _____	INT. _____ CAP. _____
TEL. _____	E-MAIL: _____

### COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

N.	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
1				
2				
3				
4				
5				

### GENERALITA' DELLA PERSONA DIVERSAMENTE ABILE

COGNOME _____		
NOME: _____		
NATO/A A _____	PROV. _____	IL _____
SESSO _____	CODICE FISCALE _____	

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**NON SOGGETTA AD AUTENTICAZIONE**  
*(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 47)*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_, residente nel comune di \_\_\_\_\_  
 via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, a conoscenza del disposto dell'art. 76 dei D.P.R.  
 28 dicembre 2000, n. 445, che testualmente recita:

*art. 76— Norme penali.*

*1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi e ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.*

*2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.*

*3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 (certificazione) e 47 (notorietà) e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4 comma 2 (impedimento temporaneo), sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.*

*4. Se i reati indicati nei commi 1, 2 e 3 sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione o arte, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione e arte.*

ferma restando, a norma del disposto dell'art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000, nel caso di dichiarazione non veritiera, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e sotto la propria personale responsabilità.

**DICHIARA**

che le notizie riportate nell'allegato modello per l'agevolazione **T.A.R.I.** corrispondono a verità e che si impegna a presentare a codesto Ente formale dichiarazione nel caso in cui la persona invalida non farà più parte della famiglia occupante l'abitazione oggetto di agevolazione. Tale dichiarazione sarà presentata entro il termine di 90 giorni dalla intervenuta variazione.

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30.06.2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

..... lì .....

**IL /LA DICHIARANTE**

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta ed inviata insieme alla copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente via fax, tramite un incaricato, a mezzo posta o posta elettronica.

<b>FIRMA DEL DICHIARANTE IN MIA PRESENZA</b>  _____	<b>SI ALLEGA COPIA FOTOSTATICA DI:</b>  <input type="checkbox"/> CARTA D'IDENTITA' <input type="checkbox"/> PASSAPORTO <input type="checkbox"/> PATENTE <input type="checkbox"/> ALTRO: _____
<b>L'ADDETTO</b>  _____	