

**RIDUZIONE/ESENZIONE TARI**

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ )  
residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) in via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_, tel.  
\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di titolare della Ditta  
\_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_ con sede legale in  
\_\_\_\_\_ insediatasi nel Comune di Offida in Via  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**CHIEDE**

**l'applicazione dell'esenzione o della riduzione TARI prevista nel regolamento IUC per l'anno in questione.**  
Il sottoscritto dichiara inoltre di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle suddette condizioni.

Data \_\_\_\_\_

Firma/e

**Si allegano:**

Certificazione della Camera di Commercio

Dichiarazione Unica di Regolarità contabile – Dichiarazione sostitutiva di certificazione

**DICHIARAZIONE UNICA DI REGOLARITA' CONTRIBUTIVA  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(art. 4, comma 14-bis, d.l. n. 70/2011 convertito in legge n. 106/2011)**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in  
\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante della ditta  
\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
avvalendomi della facoltà concessa dall'art. 46 del DPR n. 445 del 28.12.2000 ed a conoscenza di quanto prescritto  
dall'art. 76 del DPR succitato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la mia personale  
responsabilità

**DICHIARO**

1. Che i dati identificativi della suindicata ditta sono i seguenti:

Denominazione /ragione sociale ditta \_\_\_\_\_

Partita Iva \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

E mail \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

Sede Legale \_\_\_\_\_

(Comune - via - CAP)

Sede Operativa \_\_\_\_\_

(Comune - via - CAP)

Tipo impresa:        **Impresa - Lavoratore autonomo**  
(cancellare la voce che non interessa)

CCNL applicato al personale dipendente \_\_\_\_\_

Numero dipendenti \_\_\_\_\_

INAIL: codice ditta \_\_\_\_\_

INPS                    Posizione assicurative territoriali \_\_\_\_\_

matricola aziendale \_\_\_\_\_

sede competente \_\_\_\_\_

2. Che in caso di variazione dei dati sopra riportati il sottoscritto in qualità di legale rappresentante si impegna a darne tempestiva comunicazione.
3. Che la suindicata ditta è in regola con i pagamenti relativi ai contributi INPS ed INAIL.
4. Che non sono in corso controversie amministrative/giudiziali per l'esistenza di debiti contributivi;
5. Che non esistono in atto inadempienze e rettifiche notificate, non contestate e non pagate;
6. Che non sono destinatario di provvedimenti iscritti nel Casellario Giudiziario e dei Carichi pendenti.

Dichiaro di essere informato/a ai sensi e per gli effetti di cui al D:to L.vo n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE