AL COMUNE DI DELLO UFFICIO TRIBUTI
protocollo@comune.dello.bs.it

TARI

IL/LA SOTTOSCRITTO _____

NATO/A A _____IL_____

RESIDENTE IN DELLO VIA _____

CODICE FISCALE_____

COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE N._____

TELEFONO_____ E-MAIL_____

DATI DELL'ABITAZIONE E DELLE PERTINENZE (GARAGE):

SEZIONE	FOGLIO	PARTICELLA	SUB	CATEGORIA	SUP.CATASTALE

- ❑ IN PROPRIETA'
- ❑ IN AFFITTO (COGNOME E NOME DEL PROPRIETARIO)

_____

A tal fine, a piena conoscenza delle sanzioni previste dal Codice Penale e da Leggi speciali in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione ed uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, articolo 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000,

DICHIARA

- o DI OCCUPARE
- o DI CESSARE
- o DI SUBENTRARE AL SIG._____

DAL_____ I LOCALI SITI IN VIA_____

SUPERFICIE DEI LOCALI: MQ._____ (80%SUPERFICIE CATASTALE)

VERIFICA DELLA CONSISTENZA MINIMA DELL'80% DELLA SUPERFICIE CATASTALE (LEGGE 30.12.2004, N. 311 COMMA 340)

DATA_____ FIRMA_____

Orari apertura ufficio tributi Piano primo PER RITIRO CONTENITORI:
lunedì e mercoledì dalle ore 9.30 alle 0re 12.30
martedì dalle ore 14.30 alle ore 17.00 sabato dalle ore 9.30 alle ore 11.30
tel. 030 9718012 int. 2 e-mail tributi@comune.dello.bs.it