

Invio a mezzo mail: [riduzionicovidtari@comune.medicina.bo.it](mailto:riduzionicovidtari@comune.medicina.bo.it)

**NOTA BENE:** per fruire delle riduzioni nella rata in scadenza 2 dicembre 2021 il presente modulo deve essere presentato compilato in ogni sua parte al Comune entro la data del 31 luglio 2021

**OGGETTO: DOMANDA DI RIDUZIONE QUOTA VARIABILE TARI 2021 (TASSA RIFIUTI) A SEGUITO DELL'EMERGENZA SANITARIA COVID-19.**

**Dichiarazione sostitutiva di notorietà**  
**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... Prov. .... il .....  
residente nel Comune di ..... Prov. ....  
Via ..... codice fiscale .....

in qualità di  titolare  
 legale rappresentante

dell'impresa iscritta al Registro Imprese della Camera di Commercio di .....  
denominazione / ragione sociale.....  
codice fiscale..... partita IVA (indicare solo se diverso) .....  
sede legale via/piazza..... numero.....  
Comune ..... prov. ....  
telefono ..... cellulare.....  
fax ..... e-mail.....  
PEC (posta elettronica certificata) .....  
sede operativa (se diversa dalla sede legale) via/piazza..... numero.....  
Comune ..... prov. ....  
telefono ..... cellulare.....  
fax ..... e-mail.....  
PEC (posta elettronica certificata) .....

**TITOLARE DELLA POSIZIONE TRIBUTI TARI CODICE** \_\_\_\_\_

operante nel settore

commercio  artigianato  turismo  servizi  ristorazione

**DICHIARA**

**DI AVERE A PROPRIA DISPOSIZIONE NEL COMUNE DI MEDICINA I LOCALI ED AREE SITI IN VIA**

\_\_\_\_\_ N. \_\_\_ IDENTIFICATI AL FOGLIO \_\_\_ PARTICELLE \_\_\_\_\_

**SUBALTERNO/I** \_\_\_\_\_ **DOVE VIENE SVOLTA LA SEGUENTE ATTIVITA'** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **CODICE ATECO attività prevalente** \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

**CHE NEI SUDETTI LOCALI ED AREE L'ATTIVITA' E' STATA SOSPESA CON PROVVEDIMENTI NAZIONALI E/O REGIONALI OPPURE SU BASE VOLONTARIA CAUSA COVID-19, DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (ALMENO 90 GG.) E CHE NON E' STATA INOLTRATA ALLA PREFETTURA DI BOLOGNA LA COMUNICAZIONE DI PROSEGUIMENTO DELL'ATTIVITA'.**

**CHIEDE**

Di usufruire della riduzione tariffaria TARI prevista, per l'anno 2021, del 70% sulla quota variabile della tariffa TARI. come prevista dalla deliberazione a carattere regolamentare del comunale, approvata nel mese di giugno 2021 in relazione all'emergenza sanitaria Covid-19

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non rispondenti a verità, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 del citato DPR qualora venga accertata la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, nonché di essere consapevole che la riduzione sarà applicata dal Comune nell'avviso di pagamento con scadenza 2 dicembre, a condizione che la dichiarazione venga resa entro i termini di scadenza.

**DICHIARA**

- di essere in regola con il versamento dei contributi assistenziali e previdenziali;
- di non avere commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o contributi previdenziali, secondo la legislazione italiana;
- di non aver commesso gravi infrazioni debitamente accertate alle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo;

**ALLEGA**

- copia fotostatica di un documento d'identità, in corso di validità, del sottoscrittore.

**INFORMATIVA per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016.**

Il trattamento dei dati personali viene effettuato dal Comune di Medicina per lo svolgimento di funzioni istituzionali. I dati personali saranno raccolti, registrati, organizzati e conservati per le finalità di gestione della procedura e saranno trattati, sia mediante supporto cartaceo che informatico, per le finalità relative allo specifico procedimento secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti vigenti.

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è il Comune di Medicina

Responsabile della protezione dei dati la società LepidaSpA dpo-team@lepida.it

I dati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate. A tal fine, anche mediante controlli periodici, viene verificata costantemente la stretta pertinenza, non eccedenza e indispensabilità dei dati rispetto al rapporto, alla prestazione o all'incarico in corso, da instaurare o cessati, anche con riferimento ai dati che Lei fornisce di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultano eccedenti o non pertinenti o non indispensabili non sono utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene. Nella sua qualità di interessato, Lei ha diritto di accesso ai dati personali; di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano; di opporsi al trattamento; di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole della veridicità di quanto riportato assumendosene la totale responsabilità. La presente dichiarazione ha valore di autocertificazione e di consenso al trattamento dei dati personali (Regolamento europeo n. 679/2016), limitatamente al presente procedimento e/o ad eventuali altri a questo collegati.

**Luogo e data**

---

**Timbro dell'azienda e firma del titolare o legale rappresentante**

---