



COMUNE DI DOLIANOVA

PROVINCIA DI CAGLIARI

PIAZZA BRIGATA SASSARI

UFFICIO TRIBUTI
TRIBUTO COMUNALE SUI RIFIUTI
RICHIESTA CANCELLAZIONE DAL RUOLO

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ N° _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

Telefono _____ email _____

In qualità di _____

CHIEDE LA CANCELLAZIONE DAL RUOLO DEL TRIBUTO SUI RIFIUTI.

Per l'immobile sito a Dolianova in via _____ n° _____

Estremi catastali foglio _____ part. _____ Sub. _____

PER I SEGUENTI MOTIVI

(dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000)

☐ fine occupazione

☐ altro _____

A tal fine dichiara di avere provveduto alla cessazione delle seguenti utenze primarie:

☐ elettrica in data _____

☐ idrica in data _____

Il/La sottoscritto/a consapevole delle sanzioni previste dalle vigenti disposizioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie contenute nel presente modulo corrispondono a verità.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

ALLEGA: copia della carta d'identità e documentazione attestante il distacco delle utenze.

Dolianova, li _____

IL/LA DICHIARANTE