



COMUNE DI SAN FIORANO

PROVINCIA DI LODI

C.F./P.IVA 03946020157 UFFICIO TRIBUTI PIAZZA Roma, 1

N. Tel. 037753720 Fax n. (+39) 037753480 Email ragioneria@comune.sanfiorano.lo.it

RICHIESTA -CESSAZIONE DEL SERVIZIO DI GESTIONE DEI RIFIUTI (Delibera Arera 15/2022 – Allegato "A" articoli 10-11-12)

Il/La sottoscritto/a

| | | | | | | | |
|-------------|--|-------|--|---------------|--|------|--|
| Cognome | | Nome | | | | | |
| Nato a | | il | | Prov. | | C.F. | |
| Residente a | | Prov. | | Via e n. civ. | | | |
| Tel. | | Cell. | | Mail | | | |

In qualità di: titolare Legale rappresentante Altro _____

| | | | | | |
|----------------|--|---|--|------------|--|
| Della ditta | | <input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Persona Giuridica | | | |
| Con sede in | | Cap. | | Prov. | |
| Via e n. civ. | | n. tel. | | | |
| E-mail | | PEC | | | |
| Codice Fiscale | | P.IVA | | COD. ATECO | |
| Codice utente | | Codice utenza | | | |

Settore attività: Industria Artigiana Commerciale Professionale/servizi Altro _____

Ai sensi dell'art 47 del DPR 445/2000, consapevole delle pene stabilite dagli artt. 76 e 77 del DPR 445/2000 per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, e sotto la propria responsabilità

DICHIARA DI

di avere cessato l'occupazione a decorrere dal _____

DEI SEGUENTI IMMOBILI:

| UBICAZIONE - VIA E N. CIVICO | DATI CATASTALI | | | | |
|------------------------------|----------------|---------|--------|---------|-----|
| | CATEGORIA | SEZIONE | FOGLIO | MAPPALE | SUB |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

CHIEDE

La cancellazione dagli elenchi comunali ai fini del pagamento della Tassa Rifiuti (TARI)

Data _____

Timbro e firma