

**DENUNCIA DI CESSAZIONE
OCCUPAZIONI T.A.R.S.U. E UTENZA ACQUEDOTTO**

Spett.le
COMUNE DI PIETRA LIGURE
Ufficio Tributi
Piazza Martiri della Libertà, 30
17027 PIETRA LIGURE (SV)

CONTRIBUENTE⁽¹⁾ (compilare sempre)

Codice fiscale Partita IVA

Cognome /Denominazione

Nome Data di nascita Sesso M F

Comune/Stato Estero di nascita Provincia

Domicilio fiscale/Sede legale

C.A.P. Comune Provincia

Tel. Fax e-mail

⁽¹⁾ I dati si riferiscono alla persona, ditta, ente o società che riceve la cartella o l'avviso di pagamento.

DICHIARANTE (compilare se diverso dal contribuente)

Codice fiscale Natura della carica

Cognome Nome Data di nascita

Comune/Stato Estero di nascita Provincia

Domicilio fiscale

C.A.P. Comune Provincia

Tel. Fax e-mail

Conferisce il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lsg. 196/03 e prende atto delle informazioni di cui all'art. 13.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

D I C H I A R A

di cessare la detenzione dei locali e/o aree di seguito descritti dal
per il seguente motivo:

di voler disdire la convenzione di erogazione di acqua potabile nei locali e/o
aree di seguito descritti dal

CODICE UTENTE: LETTURA DI CHIUSURA: mc.

Descrizione dei locali:

1 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	piano	<input type="text"/>	int.	<input type="text"/>
Destinazione d'uso	ATTIVITA'	<input type="checkbox"/>	Specificare tipo	<input type="text"/>		
	ABITAZIONE	<input type="checkbox"/>				
	BOX	<input type="checkbox"/>				
Proprietario:	<input type="text"/>					
Cod. Fisc. proprietario:	<input type="text"/>					

2 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	piano	<input type="text"/>	int.	<input type="text"/>
Destinazione d'uso	ATTIVITA'	<input type="checkbox"/>	Specificare tipo	<input type="text"/>		
	ABITAZIONE	<input type="checkbox"/>				
	BOX	<input type="checkbox"/>				
Proprietario:	<input type="text"/>					
Cod. Fisc. proprietario:	<input type="text"/>					

COMUNICA

di inviare gli avvisi di pagamento della TARSU e le fatture del Servizio idrico in fase di emissione a:

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
C.A.P.	<input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>
		Provincia	<input type="text"/>

Data, Il Denunciante _____

ALLEGARE COPIA NON AUTENTICATA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ COME PREVISTO DALL'ART. 38, D.P.R. 445/2000.

Per il perfezionamento della pratica, qualora servissero delle precisazioni, indica il seguente recapito:			
Nominativo:	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
		e-mail	<input type="text"/>

Invia tramite posta elettronica

Stampa modulo