



Comune di Berchidda

MODULO DI RICHIESTA AGEVOLAZIONE TARIFFARIA A CARATTERE SOCIALE DEL SERVIZIO IDRICO INTEGRATO

Compilare la sezione di interesse

SEZIONE RISERVATA ALLE UTENZE **NON CONDOMINIALI O CONDOMINIALI CON APPLICATO SERVIZIO DI RIPARTO**

DATI MINIMI (a pena irricevibilità)

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

residente a _____ in Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Codice Cliente Abbanoa _____

Codice PdE Abbanoa _____

numero componenti il nucleo familiare di residenza _____

DATI OBBLIGATORI (non comportano irricevibilità)

Ubicazione utenza: comune _____ via _____

telefono/cellulare _____

e-mail _____

importo delle fatture pagate/non pagate consumi 2017 € _____

SEZIONE RISERVATA ALLE **UTENZE CONDOMINIALI SENZA SERVIZIO DI RIPARTO**
(da presentarsi una per ciascun condomino interessato)

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

Codice Fiscale _____ residente a _____ prov. _____ in via _____



ENTE DI GOVERNO DELL'AMBITO DELLA SARDEGNA

in qualità di: amministratore del condominio ; figura analoga (da specificare la posizione ricoperta) _____

DATI MINIMI (a pena irricevibilità)

Ragione sociale Condominio _____

Codice fiscale del condominio _____

nominativo del condomino cui si intende presentare la presente domanda _____

Codice Cliente Abbanoa del Condominio _____

Codice PdE Abbanoa del Condominio _____

numero componenti il nucleo familiare di residenza _____

DATI OBBLIGATORI (non comportano irricevibilità)

Ubicazione utenza: comune _____ via _____

telefono/cellulare _____

e-mail _____

importo delle fatture pagate/non pagate consumi 2016 € _____

CHIEDE

di accedere alla concessione di agevolazioni tariffarie a carattere sociale per il servizio idrico integrato e a tal fine

DICHIARA

a tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, assumendone piena responsabilità, e consapevole di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici:

- di essere residente nel Comune di _____ in Via _____ n. ____;



ENTE DI GOVERNO DELL'AMBITO DELLA SARDEGNA

- che il proprio nucleo familiare, come da stato di famiglia, compreso il dichiarante, è così composto:

COGNOME E NOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	PARENTELA

- di essere consapevole e aver preso visione del contenuto del bando per l'attuazione di agevolazioni tariffarie a carattere sociale per il SII approvato con Deliberazione di GC n. 141 del 30/11/2018 e di accettarle in ogni loro parte;
- di avere un'utenza a uso domestico residente o, in caso di utenze condominiali, di avere la residenza nell'indirizzo di ubicazione dell'utenza condominiale;
- che il valore ISEE (in corso di validità) del nucleo familiare per l'anno _____ è pari a € _____;
- che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato domanda per l'accesso allo stesso beneficio;

Di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione Comunale, ai sensi del DPR 445/2000 potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

Ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, autorizza l'utilizzo dei dati di cui alla presente dichiarazione, finalizzato esclusivamente alla formazione dell'elenco in oggetto ed all'espletamento della procedura.

_____, lì _____

(Il dichiarante)

Allegati:

- copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- certificato ISEE **in corso di validità**;
- copia delle fatture 2017 saldate o non saldate ;
- delega rilasciata all'Amministratore del Condominio o altra figura analoga *(solo per le utenze condominiali senza servizio di riparto)* .