



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
**PRIULA**

AUTORITA' DI BACINO TV 2



COMUNE DI  
PONZANO VENETO

**SPETT.LE**  
**COMUNE DI \_\_\_\_\_**  
**Sede**

**Oggetto: Richiesta di accesso al servizio speciale "solidarietà"**

(agevolazione di cui al Regolamento del Consorzio Priula per la Disciplina della tariffa per gli utenti in situazione di disagio approvato dall'Assemblea consortile con Delibera n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_)

**Dati del Richiedente (1)**

(Cognome e Nome) .....

nato a .....il .....

residente in (Comune e Provincia) .....

indirizzo (via/piazza/n.civico).....CAP.....

Estremi del documento di riconoscimento .....

(allegare copia fotostatica del documento)

Codice fiscale ..... telefono .....

Codice Posizione Servizio Rifiuti Urbani (riportare il codice posizione riportato nella fattura rifiuti) .....

**Dati del Dichiarante (da indicare solo se diversi dal richiedente il beneficiario) (2)**

Il sottoscritto (Cognome e Nome) .....

nato a .....il .....

residente in (Comune e Provincia) .....

indirizzo (via/piazza/n.civico).....CAP.....

Estremi del documento di riconoscimento .....

Telefono.....

(allegare copia fotostatica del documento)

**CHIEDE**

di poter accedere al servizio annuale di "solidarietà" del Consorzio Intercomunale Priula fino al 31 Dicembre \_\_\_\_\_ (indicare l'anno oggetto di richiesta di agevolazione)

	<p>CONSORZIO INTERCOMUNALE <b>PRIULA</b></p> <hr/> <p>AUTORITA' DI BACINO TV 2</p>		 <p>COMUNE DI PONZANO VENETO</p>
--	--	--	--

A tal fine, consapevole del fatto che le dichiarazioni mendaci, l'esibizione o l'uso di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, con la sottoscrizione della presente ad ogni effetto di legge

### DICHIARA

#### CHE IL RICHIEDENTE IL BENEFICIO:

1. fa parte di un nucleo familiare costituente utenza domestica;
2. si trova in una delle seguenti situazioni:
  - incontinente
  - dializzato
  - stomatizzato
  - altro \_\_\_\_\_

*(allegare copia della dichiarazione medica)*
3. ha un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) non superiore a quello previsto dalla DGRV 2907/2002 "Interventi per le famiglie che assistono persone non autosufficienti avvalendosi di assistenti familiari" cosiddetto "bonus badante";
4.
  - di avere già in detenzione il contenitore per il servizio "solidarietà" di cui alla presente richiesta
  - di non avere già in detenzione il contenitore per il servizio "solidarietà" di cui alla presente richiesta

È noto al richiedente/dichiarante che:

- il venire meno dei requisiti di cui ai punti precedenti andranno tempestivamente comunicati all'Ufficio \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_ a mezzo di \_\_\_\_\_, e comportano la decadenza dall'agevolazione;
- il Comune di \_\_\_\_\_ potrà effettuare in qualsiasi momento controlli previsti dalle vigenti normative circa la veridicità delle dichiarazioni rese dal dichiarante.

In esecuzione degli artt. 7 e 13 del D. Lgs. 196 del 30/06/2003, recante disposizioni a tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il sottoscritto fornisce il consenso al trattamento dei propri dati personali, oltre che per ottemperare agli obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria, anche per dare esecuzione a tutti gli obblighi dell'agevolazione e sue eventuali integrazioni.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma per esteso (3)

\_\_\_\_\_



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
**PRIULA**

AUTORITA' DI BACINO TV 2



COMUNE DI  
PONZANO VENETO

Allegati:

- fotocopia del documento di identità del dichiarante/richiedente
- certificazione medica
- attestato ISEE

**PARTE RISERVATA AL COMUNE**

**ATTESTAZIONE DI ACCESSO AL SERVIZIO "SOLIDARIETA'" PRIULA**

- Documentazione regolare
- Indicatore ISEE < DGRV 2907/2002

Domanda accolta :        SI                NO

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'istruttore \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA AL CONSORZIO PRIULA**

**CONSEGNA CONTENITORE**

<b>BENEFICIARIO</b>	
<b>CODICE POSIZIONE</b>	

**DESCRIZIONE SERVIZIO**

Tipo contenitore	Matricola	Trasponder	Esistente	Consegnato
<b>Bidone 120 secco</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bidone 50 secco</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Cognome e Nome:</b> _____ <b>Titolo:</b> _____	<b>Data:</b> _____ <b>Firma leggibile</b> _____
--	--

<b>Materiale consegnato da:</b> _____ <b>Data consegna:</b> _____	<b>Compilato da:</b> _____ <b>Data compilazione:</b> _____
--	---

 <p>CONSORZIO INTERCOMUNALE <b>PRIULA</b> AUTORITA' DI BACINO TV 2</p>			 <p>COMUNE DI PONZANO VENETO</p>
--	--	--	--

**SERVIZIO  
ATTIVATO**

**SERVIZIO  
RINNOVATO**

**CESSAZIONE  
SERVIZIO**

#### **NOTE PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA**

- (1) **Dati del richiedente il rimborso:** sono quelli della persona che si trova nella situazione di disagio, sono tutti campi obbligatori;
- (2) **Dati del dichiarante:** vanno compilati solo se persona diversa dal richiedente (ex. un familiare che compila la domanda per una persona anziana o invalida)
- (3) **Firma** di chi presenta la domanda