Comune di Trasacco (AQ)

Piazza Mazzini - c.a.p. 67059
TEL. 0863/931120 FAX 0863/931240
C.F. 00167260660
E-Mail info@comune.trasacco.aq.it

Al responsabile ufficio tributi del Comune di Trasacco

| DENUNCIA DI CESSAZIONE TASSA PER LO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI SOLIDI URBANI |

La/Il sottoscritto/a.....

Nato/a .....Il .....

Residente a ..... Via ..... N° .....

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Tel. .....

- ○ PER SE STESSO
- ○ IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE DI:

.....

Partita I.V.A./Codice Fiscale

Dichiara

di avere cessato l'occupazione dei seguenti locali e/o aree posti in Trasacco:

Indirizzo.....Mq .....

Tipo di utilizzo .....Motivo di cessazione .....

Indirizzo.....Mq .....

Tipo di utilizzo .....Motivo di cessazione .....

Indirizzo.....Mq .....

Tipo di utilizzo .....Motivo di cessazione .....

Note.....

.....

.....

Dichiaro di essere informato che i dati personali saranno trattati, e ne autorizzo la raccolta degli stessi, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96. Dichiaro inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni false o non veritiere, così come richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Trasacco lí, ... Il Dichiarante .....