

T.A.R.I. TASSA SUI RIFIUTI - IMPRESE

Il Sottoscritto			
Luogo di nascita		Data di nascita	
Codice Fiscale		Telefono	
Comune di residenza			
Via e numero civico			
E-mail *			

in qualità di legale rappresentante della Ditta:

RAGIONE SOCIALE			
SEDE LEGALE			
CODICE FISCALE		PARTITA IVA	
ATTIVITA' SVOLTA			
TELEFONO *			
PEC *			

* E-mail, PEC e telefono sono necessari per essere ricontattati in caso di necessità

COMUNICA

1 <input type="checkbox"/> DI OCUPARE / DETENERE DAL* _____ *DATA DI ALLACCIAMENTO UTENZE ACQUA/LUCE/GAS	<input type="checkbox"/> DI CESSARE L'OCCUPAZIONE DAL** _____ **DATA DI CHIUSURA UTENZE ACQUA/LUCE/GAS
I LOCALI SITUATI IN VIA	NR. INT. /

2 CHE L'OCCUPAZIONE E' A TITOLO DI: <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Comodato d'uso gratuito <input type="checkbox"/> Intestatario <input type="checkbox"/> Locazione <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Altro utilizzo	NOME PROPRIETARIO: _____
---	--------------------------

3 I SEGUENTI DATI RELATIVI AGLI IMMOBILI UTILIZZATI: *** superficie calpestabile con altezza maggiore di 1,50 m.

Fg.	Mapp.	Sub.	Via, civico e interno	Cat. Catast.	DESTINAZIONE SUPERFICIE TASSABILE: uffici/negozi/ambulatori, magazzini, servizi come mense e spogliatoi, sale di aspetto etc.	Sup. in mq. ***
Fg.	Mapp.	Sub.	Via e civico	Cat. Catast.	LOCALI DETASSATI ADIBITI ALLA LAVORAZIONE CON ESCLUSIVA PRODUZIONE DI RIFIUTI SPECIALI ****: aree occupate da macchinari, impianti, banchi di lavoro	Sup. in mq. ***
Fg.	Mapp.	Sub.	Via e civico	Cat. Catast.	LOCALI DETASSATI: centrali termiche, celle frigo, locali di essiccazione, silos, sale operatorie, stanze di medicazione, laboratori di analisi, ricerca, radiologia, radioterapia e simili, reparti e sale degenza con malati infetti	Sup. in mq. ***
AREE SCOPERTE OPERATIVE						

TOTALE MQ. _____

**** Obbligo di fornire **entro il 15/05** di ogni anno documentazione atta a dimostrare il corretto smaltimento, pena il recupero della tassa non versata.

4 ALTRE EVENTUALI AGEVOLAZIONI

DETASSAZIONE FORFETTARIA PER PRODUZIONE CONTESTUALE RIFIUTI URBANI E SPECIALI

Si dichiara di non riuscire a delimitare le superfici ove si producono i rifiuti urbani e quelle in cui si producono rifiuti speciali. Pertanto si richiede l'applicazione della riduzione prevista per la seguente tipologia di attività svolta:

- AUTOCARROZZERIE
- LAVANDERIE A SECCO
- AUTOFFICINE, ELETTRAUTO
- TIPOGRAFIE, STAMPERIE, SERIGRAFIE, INCISIONI, VETRERIE ARTISTICHE
- ATTIVITA' CON VERNICIATURA E/O LAVORAZ. SUPERFICIALI DI METALLI E NON
- LABOR. ANALISI, RADIOLOGICI, FOTOGRAFICI, AMB. DENTISTICI E ODONTOIATRICI

Obbligo di fornire copia della documentazione atta a dimostrare il corretto smaltimento **entro il 15/05** di ogni anno pena il recupero della tassa non versata.

RIDUZIONE PER ATTIVITA' STAGIONALE O ALTRO USO RICORRENTE NON CONTINUATIVO

Si dichiara di essere in possesso dei requisiti per la fruizione della riduzione tariffaria pari al 30 % per locali occupati per un periodo complessivo nell'anno non superiore ai 183 giorni.

Si dichiara che sussistono i presupposti per CONTINUARE ad usufruire delle riduzioni o detassazioni precedentemente riconosciute.

5 TIPO DI ATTIVITA' SVOLTA:

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> INDUSTRIALE | <input type="checkbox"/> ARTIGIANALE | <input type="checkbox"/> COMMERCIALE | <input type="checkbox"/> PROFESSIONALE |
| <input type="checkbox"/> AGRICOLA | <input type="checkbox"/> ENTI/SCUOLE | <input type="checkbox"/> PUBBLICO ESERCIZIO | <input type="checkbox"/> ALTRO _____ |

CODICE ATECO ATTIVITA' _____

DESCRIZIONE ATTIVITA' _____

CATEGORIA D.P.R. 158/99 ASSEGNATA (compilazione a carico dell'ufficio) _____

6 TRATTASI DI:

NUOVA ATTIVITA' AMPLIAMENTO ATTIVITA'

TRASFERIMENTO DELL'ATTIVITA' DA VIA _____

Contribuente cessante: _____

NOTE _____

DOCUMENTI ALLEGATI ALLA PRESENTE DOMANDA:

- copia prima/ultima bolletta con data attivazione/cessazione utenze (acqua-luce-gas) o modulo di voltura;
- eventuale copia del contratto di locazione.

Castelnuovo Rangone, lì _____

IL SOTTOSCRITTO

MODALITA' DI PRESENTAZIONE

- ❖ Tramite posta elettronica inviando il modulo compilato, i relativi allegati e copia di un documento di identità del dichiarante all'indirizzo @mail:
tributi@comune.castelnuovo-rangone.mo.it
- ❖ Tramite posta elettronica certificata inviando il modulo compilato, i relativi allegati e copia di un documento di identità del dichiarante all'indirizzo PEC:
comune.castelnuovo@cert.unione.terredicastelli.mo.it
- ❖ Consegna presso l'Ufficio Tributi del Comune di Castelnuovo Rangone in via Roma n°1 previo appuntamento telefonando allo 059/534876 oppure scrivendo una @mail a tributi@comune.castelnuovo-rangone.mo.it
- ❖ Preferisci presentare una comunicazione on-line? Puoi farlo collegandoti a **CityPortal** <https://web.terredicastelli.mo.it/cityportal/Home.jsf> accedendo con le credenziali SPID.