Comune di Rimini

DIREZIONE SERVIZI EDUCATIVI E PROTEZIONE SOCIALE
Ufficio ISEE

Via Ducale, n. 7 - 47900 Rimini
tel. 0541 0541 704689 -fax 0541 782769
www.comune.rimini.it
c.f.-p.iva 00304260409

Richiesta Rimborso TARI- anno 2015

(Delibera di Consiglio Comunale n. 76 del 03/10/2013 art. 21, Delibera di Giunta Comunale n. 352 del 3/10/2015, DD n. 1986 del 16/10/2015)

Il/La sottoscritto/a _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Cap. _____
Via _____n. _____ int.___ Tel. _____ (Obbligatorio)

DICHIARA

- **Di appartenere alla seguente categoria di beneficiari prevista dal Bando:**
  - ☐ Pensionati ultrasessantenni o invalidi dal 74%, soglia reddito Isee € 13.000,00, soli, con coniuge pensionato anche di età inferiore a 60 anni o con a carico minori di anni 16;
  - ☐ Famiglie con un valore Isee fino a 7.500,00 euro;
  - ☐ Famiglie con un reddito esclusivamente da lavoro dipendente ed Isee fino a € 9.000,00;
  - ☐ Famiglie con 4 o più componenti con un reddito esclusivo da lav. Dipendente, Isee tra € 9.001,00 e € 12.000,00;
  - ☐ Lavoratori disoccupati da almeno due mesi a causa di licenziamento per giusta causa;
  - ☐ Lavoratori disoccupati da almeno due mesi a causa della scadenza di un precedente contratto di lavoro a termine non rinnovato;
  - ☐ Lavoratori collocati in CIG o sospesi da almeno due mesi e/o interessati da una riduzione dell'orario, pari almeno al 50% del limite contrattuale individuale.

- **Che il proprio nucleo familiare è così composto: (solo per la prima categoria di utenti)**

  1° componente: età_____, invalidita____%.
  2° componente: età_____, invalidita____%.
  3° componente: età_____, invalidita____%.
  4° componente: età_____, invalidita____%.
  5° componente: età_____, invalidita____%.
  6° componente: età_____, invalidita____%.

- **Allega in copia alla domanda:**

  1) documento d'identità del richiedente;
  2) Copia di almeno un Mod. F24 di pagamento della TARI avvenuto nel 2015;
  3) attestazione ISEE, rilasciata ai sensi D.Lgs. n. 159/2013;
  4) **<u>Per la sola categoria degli invalidi</u>**, il verbale Ausl di riconoscimento dell'invalidità;
  5) **<u>Per le sole categorie di cui all'art. 1 punto 5 del bando</u>**, rispettivamente:
     a) Lettera di licenziamento per giusta causa e contestuale iscrizione alle liste del Centro per l'impiego;
     b) Contratto di lavoro a termine e contestuale iscrizione alle liste del Centro per l'impiego;
     c) Idonea documentazione volta a certificare lo stato di Cassa Integrazione per un periodo pari o superiore ai due mesi;

DICHIARA INOLTRE AI FINI DELLE VERIFICHE DI CONGRUITA'

1) Reddito lordo _____ (dato assunto da Attestazione Isee)
2) di possedere n. ____ automobili
3) che l'ampiezza della casa di abitazione è pari a mq _____
4) di pagare un canone di locazione annuo per l'abitazione di residenza pari ad euro _____
5) di pagare un totale di mutui annui pari ad euro _____

RICHIEDE

L'agevolazione per l'anno 2015, secondo i criteri stabiliti con Delibera di Giunta Comunale n. 352 del 13/10/2015.

Rimini lì _____ Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003

Si informa che i dati personali e sensibili verranno trattati sia in formato elettronico che manuale, unicamente per il compimento dell'istruttoria amministrativa relativa al caso di specie, secondo l'iter procedurale previsto o per analoghe verifiche interne al Settore e non verranno divulgati dall'Amministrazione Comunale (Titolare del trattamento) per altri scopi.
Il conferimento di tali dati costituisce certificazione obbligatoria al fine della erogazione contributiva.
Responsabile del trattamento è il Responsabile della U.O. Servizi Amministrativi – Area Sociale dott. Stefano Spadazzi.
L'interessato ha il diritto di ottenere la conferma della esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelleggibile, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003.

COMUNICAZIONE DI AVVIO AL PROCEDIMENTO AI SENSI ART 7 L. 241/90

Si informa che la presente vale anche quale avvio al procedimento per le verifiche di congruità previste dalla DGC 342/2013 e di veridicità previste ai sensi del DPR 445/2000
ai sensi dell'art. 8 L. 241/90 si comunica che:

a) L'Amministrazione Competente è il Comune di Rimini;
b) L'oggetto del procedimento è la verifica della DSU ai sensi del D.Lgs 109/98 e del DPR 445/2000;
c) L'ufficio Responsabile del Procedimento è – Ufficio Bandi e Isee del Servizio di Protezione sociale – via Ducale, 7 – Rimini;
d) Il Responsabile del procedimento è il Dott. Stefano Spadazzi;
e) Il procedimento si concluderà entro 90gg dal ricevimento della presente richiesta. L'eventuale richiesta di documentazione integrativa sospende i termini per la conclusione del procedimento;
f) L'Ufficio presso il quale è possibile prendere visione degli atti è l'Ufficio Bandi e Isee - Servizio di Protezione Sociale del Comune di Rimini – via Ducale, 7 – Rimini

RIMINI

COMUNE DI RIMINI

Direzione Servizi Educativi e di Protezione Sociale
Via Ducale, 7
47900 - **R I M I N I**

OGGETTO: Procedura agevolata per il pagamento dei mandati

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ e residente a _____
Via _____ nr. _____
Numero di Codice Fiscale:***(Obbligatorio)***_____, titolare della domanda:

EVENTUALE DELEGA ALL'INCASSO
(riguarda coloro che NON sono in possesso di uno degli strumenti di incasso di seguito elencati o coloro che, a causa di impedimenti fisici, non possono recarsi presso la banca Unicredit per il ritiro in contanti)

Il Sig/ra _____ nato a _____ il _____
e residente a _____ in via _____,
CF _____;

Visto l'art. 185 del D.Lgs. 18.08.2000 nr. 267

CHIEDE

che il pagamento delle somme dovute da Codesto Comune, siano effettuate con le modalità sottoindicate:

☐ ACCREDITO SU C/C BANCARIO
presso l'Istituto Bancario _____
sede_____ intestato a _____

☐ ACCREDITO SU LIBRETTO DI DEPOSITO **(NON POSTALE)**

☐ ACCREDITO SU CARTA PREPAGATA **(RIPORTANTE IBAN)**

☐ PAGAMENTO DIRETTO PER CONTANTI PRESSO UNICREDIT BANCA **(IL RITIRO PER CONTANTI E' POSSIBILE SOLO NEI CONFRONTI DEL NOMINATIVO SU INDICATO)**

(l'addebito delle spese di incasso è a carico del beneficiario - *Ai sensi art. 13 – comma 5 vigente Regolamento Contabilità Comunale)*.

E' fatto obbligo comunicare agli uffici prima della emissione dei mandati di pagamento (art. 6 del Bando), eventuali modificazioni della persona individuata quale destinatario del mandato di pagamento (richiedente o delegato) e/o della modalità di pagamento richiesta alla presentazione della domanda.

Coordinate Bancarie **IBAN**: (Obbligatorie nei primi tre casi)
IT☐☐☐☐CIN☐ABI☐☐☐☐☐CAB☐☐☐☐☐ N. C/C☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

N.B.**:** L' IBAN non può contenere caratteri speciali, deve essere composto da numeri e lettere maiuscole; il numero conto effettivo deve essere allineato a destra e riempito, eventualmente di zeri a sinistra fino al riempimento del campo.
Dal primo gennaio 2008 l'esecuzione di bonifici in italia con coordinate bancarie incomplete o inesatte NON VERRA' ESEGUITO.
Si segnala che il codice IBAN è riportato su ogni estratto conto.

Data _____

Intestatario della domanda _____