

Al  
Comune di Valle Aurina  
Cadipietra, Via Klausberg 85  
39030 Valle Aurina

Ufficio Tasse

## **Tassa per lo smaltimento dei rifiuti: Richiesta di riduzione della tariffa per i rifiuti – maggior volume di rifiuti a causa di malattia**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_,  
Tel. \_\_\_\_\_,

### **r i c h i e d e**

l'amministrazione comunale ai sensi del **art. 17, comma 1 lettera a)** la **riduzione della tariffa per i rifiuti** del regolamento per l'applicazione della tariffa per la gestione dei rifiuti urbani per

se stessi

sig/ sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

per il seguente immobile IMMO \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Allegato: attestazione dal medico**