

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ CODICE UTENTE \_\_\_\_\_  
(reperibile nell'avviso di pagamento)  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di: (barrare la casella)

- ☐ intestatario dell'utenza TASSA RIFIUTI  
☐ componente del nucleo familiare dell'intestatario dell'utenza di seguito indicato:

Cognome, nome \_\_\_\_\_

avendo un ISEE pari ad € \_\_\_\_\_

**CHIEDE** la riduzione della tariffa a seconda degli scaglioni ISEE di seguito riportati

TABELLA RIDUZIONI UTENZE DOMESTICHE	
SCAGLIONI ISEE	RIDUZIONE
0 – 9.530 €	30%
9.531 € - 14.000 €	20%
14.001 € - 24.000 €	15%
24.001 € - 28.000 €	10%

**ALLEGA** alla presente la seguente documentazione:

- ☐ Ultima certificazione ISEE in corso di validità (non autocertificabile);  
☐ Fotocopia del documento di identità.

Luogo, data \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_