



COMUNE DI LIZZANO

Ufficio Tributi

Via Mazzini n° 4

Tel 099/9558639-40-41 Fax 099/9558642

PER RICEVUTA

DATA _____

FIRMA _____

TASSA SMALTIMENTO RIFIUTI SOLIDI URBANI RICHIESTA CANCELLAZIONE

COGNOME <i>(in stampatello)</i>		NOME	
LUOGO DI NASCITA <i>(Comune o Stato Estero)</i>		PROV.	DATA NASCITA
CODICE FISCALE		SESSO <i>M F</i>	
INDIRIZZO RESIDENZA		N. CAP. _____ <i>Comune</i>	
Via/p.zza			

CHIEDE

La cancellazione della Tassa sui rifiuti a nome di _____

Per l'immobile sito in via _____ n. _____ Piano _____ in quanto

non più occupato a partire dal _____

DICHIARA CHE

(Barrare e completare ciò che interessa)

ATTENZIONE: E' OBBLIGATORIO CHE LA DENUNCIA SIA COMPLETATA IN OGNI SUA PARTE ED ACCOMPAGNATA DA IDONEA DOCUMENTAZIONE.

ha cambiato la residenza nel Comune di _____

ha trasferito la residenza presso il sig. _____ già tassato.

ha restituito i locali al proprietario: sig. _____

ha venduto i locali al sig _____

ha cessato l'attività.

l'immobile è vuoto, privo di mobili, suppellettili ed utenze (elettrica, telefonica, gas, ecc.)

Altro _____

RECAPITO TELEFONICO PER SOPRALLUOGO _____

Lizzano li _____

IL DENUNCIANTE
