



**CONTARINA
SPA**

PARTNER:



CONSORZIO
PRIULA



CONSORZIO
TV TRE

Contarina Spa è la società pubblica, totalmente partecipata e soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Consorzio Intercomunale Priula e del Consorzio Azienda Intercomunale di Bacino Treviso 3. La società svolge il servizio di gestione integrata dei rifiuti e altri servizi comunali.

Via Vittorio Veneto, 6 31027 Lovadina di Spresiano, Treviso Italy
N. Verde 800.07.66.11 solo da tel. fisso – tel. 0422 916500 da cellulare
Fax 0422 725703 contarina@contarina.it - protocollo@cert.contarina.it -
www.contarina.it
C.F. e P. Iva 02196020263 – Capitale sociale € 2.647.000,00 i.v.
Registro delle imprese di Treviso n. 02196020263 – n. REA TV 194428



CITTÀ DI TREVISO

Comune di Treviso - Via Municipio, 16 – 31100 TREVISO - C.F.

80007310263 P.I. 00486490261

Centralino 0422 6581 telefax 0422 658201

email: postacertificata@cert.comune.treviso.it

Spazio riservato all'uff. comunale

CODICE UTENTE «N_Contratto»

Mat. Bidone «Matricola_Bidone»

**SPETT.LE
COMUNE DI TREVISO
Sede**

OGGETTO: Richiesta di accesso all'iniziativa "FAMIGLIA ECOSOSTENIBILE" - "INIZIATIVA PER IL SOSTEGNO DEGLI UTENTI IN SITUAZIONI DI DISAGIO SANITARIO".

Agevolazione di cui al Regolamento Consortile per la Disciplina dell'iniziativa Famiglia Ecosostenibile approvato dall'Assemblea Consortile di Contarina Spa con Deliberazione n. 7 del 02.07.2010 avente per oggetto "Famiglia Ecosostenibile."

Dati del Richiedente il beneficio¹

(Cognome e Nome) nato a
.....il residente in
(Comune e Provincia) indirizzo
(via/piazza/n.civico)CAP.....
indirizzo mail.....
Estremi del documento di riconoscimento
(allegare copia fotostatica del documento)
Codice fiscale telefono
Codice Posizione Servizio Rifiuti Urbani (riportare il codice posizione riportato nella fattura rifiuti).....
intestato a

Dati del Richiedente il beneficio²

(Cognome e Nome) nato a
.....il residente in
(Comune e Provincia) indirizzo
(via/piazza/n.civico)CAP.....
indirizzo mail.....

¹ **Dati del richiedente il beneficio:** sono quelli della persona che si trova nella situazione di disagio, sono tutti campi obbligatori;

² **Dati del richiedente il beneficio:** sono quelli dell'eventuale seconda persona appartenente al nucleo familiare, che si trova nella situazione di disagio;

Estremi del documento di riconoscimento(allegare copia fotostatica del documento)
Codice fiscale telefono Codice Posizione Servizio Rifiuti Urbani (riportare il codice posizione riportato nella fattura rifiuti)..... intestato a

Dati del Dichiarante (da indicare solo se diversi dal richiedente il beneficiario)³

Il sottoscritto (Cognome e Nome) nato a il residente in (Comune e Provincia) indirizzo (via/piazza/n.civico).....CAP..... indirizzo mail.....
Estremi del documento di riconoscimento(allegare copia fotostatica del documento)
Telefono.....

CHIEDE

di poter accedere al servizio annuale di “solidarietà” di Contarina Spa.

A tal fine, consapevole del fatto che le dichiarazioni mendaci, l'esibizione o l'uso di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, con la sottoscrizione della presente ad ogni effetto di legge

DICHIARA

CHE IL/I RICHIEDENTE/I IL BENEFICIO:

1. fa/fanno parte di un nucleo familiare costituente utenza domestica, ai fini della tariffa servizio gestione rifiuti urbani;
2. si trova/trovano in una delle situazioni sotto indicate:
 - ha un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) **non superiore a €18.000,00** e appartiene ad un nucleo familiare in cui è presente una sola persona che versa in situazione di disagio;
 - ha/hanno un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) **non superiore a €36.000,00** e appartengono ad un nucleo familiare in cui sono presenti due persone che versano entrambe in situazione di disagio;
3. si trova/trovano in una di queste condizioni sanitarie, attestate dal certificato medico che viene allegato al presente modulo:
 - incontinente
 - dializzato
 - stomatizzato
 - altro (indicare) _____

(allegare copia della dichiarazione medica)
4. di avere già in detenzione il contenitore per il servizio “solidarietà” di cui alla presente richiesta
5. di essere consapevole che la presente domanda è valida come “dichiarazione sostitutiva di certificazione” ai sensi dell’art.46 del DPR 445/2000 e/o “dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà” ai sensi dell’art.47 dello stesso Decreto e che sono applicate, in caso di dichiarazione mendace, le sanzioni penali richiamate all’art.76 del DPR succitato.

³ **Dati del dichiarante:** vanno compilati solo se persona diversa dal richiedente (es. un familiare che compila la domanda per una persona anziana o invalida);

È noto al richiedente/dichiarante che:

- il venire meno dei requisiti di cui ai punti precedenti andranno tempestivamente comunicati al Comune di Treviso e/o a Contarina SPA, e comportano la decadenza dall'agevolazione;
- il Comune di Treviso e Contarina SPA potranno effettuare in qualsiasi momento controlli previsti dalle vigenti normative circa la veridicità delle dichiarazioni rese dal dichiarante.

I dati personali vengono trattati dal Titolare, soggetto gestore, e dal Comune di Treviso, ciascuno per la sua competenza, in relazione alle esigenze legali, contrattuali e per l'adempimento degli obblighi legali e contrattuali dalle stesse derivanti. I dati potranno essere trattati sia con l'ausilio di strumenti elettronici sia senza. Il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto richiesto dagli obblighi legali o contrattuali e l'eventuale rifiuto di conferirli o al trattamento comporterebbe l'impossibilità di dar corso ai rapporti relativi ai medesimi. Ferme restando le comunicazioni effettuate in esecuzione di obblighi di legge e di contratto, i dati potranno inoltre essere comunicati, ove necessario ai soli fini amministrativi e operativi e della migliore gestione dei rispettivi diritti relativi al rapporto commerciale, a consulenti, studi professionali, istituti di credito, enti addetti a riscossione crediti, concessionari e incaricati dal soggetto gestore. L'art. 7 del citato D. Lgs. 196/2003 Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra i quali quello di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati e come essi vengono utilizzati; di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Luogo e data

Firma per esteso⁴

Allegati:

- fotocopia del documento di identità del dichiarante/richiedente
- certificazione medica (trattenuta esclusivamente dal Comune e da non inviare al Soggetto gestore)
- attestato di ISEE non superiore a 18.000,00 € (trattenuto esclusivamente dal Comune e da non inviare al Soggetto gestore)
- attestato di ISEE non superiore a 36.000,00 € per i casi di nuclei familiari in cui sono presenti due persone che versano entrambe in situazione di disagio (trattenuto esclusivamente dal Comune e da non inviare al Soggetto gestore)

⁴ **Firma** di chi presenta la domanda;

PARTE RISERVATA AL COMUNE

ATTESTAZIONE DI ACCESSO AL SERVIZIO "SOLIDARIETA"

Documentazione certificante la condizione di disagio sanitario

 Regolare

Documentazione attestante l'indicatore ISEE

 Non Presentata Presentata (indicare una delle due opzioni successive)

Indicatore ISEE <= €18.000
(per nuclei familiari con una sola persona
in condizioni di disagio)

Indicatore ISEE <= € 36.000
(per nuclei familiari in cui sono presenti due persone
in condizioni di disagio)

Domanda accolta:

 SI NO

Data

Firma dell'istruttore

PARTE RISERVATA AL SOGGETTO GESTORE

SERVIZIO ATTIVATO con quota variabile sul
"contenitore solidarietà" corrisposta dall'utente
nella misura di 1/3

SERVIZIO RINNOVATO con quota variabile
sul "contenitore solidarietà" corrisposta
dall'utente nella misura di 1/3

SERVIZIO ATTIVATO con quota variabile sul
"contenitore solidarietà" corrisposta dall'utente
nella misura del 50%

SERVIZIO RINNOVATO con quota variabile
sul "contenitore solidarietà" corrisposta
dall'utente nella misura del 50%

RICHIEDENTE IL BENEFICIO

CODICE POSIZIONE

Data

Firma dell'istruttore