



COMUNE DI CASTELFRANCO VENETO

SPETT.LE
COMUNE DI CASTELFRANCO VENETO
Sede

Oggetto: Richiesta di accesso al servizio speciale "solidarietà"

Agevolazione di cui al Regolamento del Consorzio Tv Tre per la Disciplina della Tariffa per gli Utenti in situazione di disagio approvato dall'Assemblea Consortile con Deliberazione n. 6 del 13/05/2009 ed al successivo Atto di Indirizzo approvato dall'Assemblea Consortile con Deliberazione n. 19 del 09/12/2009 avente per oggetto "Misure di solidarietà per il sostegno delle famiglie e per la promozione di iniziative correlate."

Dati del Richiedente il beneficio¹

(Cognome e Nome) nato a
..... il residente in
(Comune e Provincia) indirizzo (via/piazza/n.civico)
..... CAP 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 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 beneficio)³

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

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;

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);



COMUNE DI CASTELFRANCO VENETO

CHIEDE

di poter accedere al servizio annuale di "solidarietà" del Consorzio Intercomunale Tv Tre, fino al 31 Dicembre (indicare l'anno oggetto di richiesta di agevolazione), attraverso contenitore del seguente volume:
.....

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/IL RICHIEDENTE/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 indicate nell'Allegato A alla presente domanda e trattenuto esclusivamente dal Comune
3.
 - 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 (tariffa variabile sul contenitore "solidarietà" corrisposta dall'utente nella misura di 1/3);
 - ha un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) superiore a €18.000,00 e appartiene ad un nucleo familiare in cui è presente una sola persona che versa in situazione di disagio (tariffa variabile sul contenitore "solidarietà" corrisposta dall'utente nella misura del 50%);
 - 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 (tariffa variabile sul contenitore "solidarietà" corrisposta dall'utente nella misura di 1/3);
 - hanno un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) superiore a €36.000,00 e appartengono ad un nucleo familiare in cui sono presenti due persone che versano entrambe in situazione di disagio (tariffa variabile sul contenitore "solidarietà" corrisposta dall'utente nella misura del 50%);
4.
 - di avere già in detenzione il contenitore per il servizio "solidarietà" di cui alla presente richiesta
 - di non avere già in detenzione il contenitore per il servizio "solidarietà" di cui alla presente richiesta
5. di aver preso visione degli artt. 3,4 e 6 del vigente Regolamento consortile per la disciplina della tariffa per gli utenti in situazione di disagio, e di quanto stabilito dall'Atto di Indirizzo della Deliberazione dell'Assemblea Consortile n. 19 del 09/12/2009 e di autorizzare l'esecuzione di tutti i controlli necessari alla verifica del rispetto delle norme ivi previste, nonché di quelle contenute nel Regolamento Consortile per la disciplina della tariffa e nel Regolamento Consortile per i servizi di gestione dei rifiuti urbani.



**COMUNE DI
CASTELFRANCO VENETO**

È noto al richiedente/dichiarante che:

- il venire meno dei requisiti di cui ai punti precedenti andranno tempestivamente comunicati all'Ufficio **SERVIZI SOCIALI** del Comune di **CASTELFRANCO VENETO** a mezzo di..... e comportano la decadenza dall'agevolazione;
- il Comune di ... **CASTELFRANCO VENETO** potrà effettuare in qualsiasi momento controlli previsti dalle vigenti normative circa la veridicità delle dichiarazioni rese dal dichiarante.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali - Il sottoscritto, pienamente informato che il Consorzio ed il Comune, Titolari del trattamento, trattano i dati, sia con l'ausilio di strumenti elettronici sia senza, per ottemperare agli obblighi legali necessari a concedere il contributo, e che, ferme restando le comunicazioni previste per obblighi di legge, i dati potranno essere comunicati agli incaricati di Consorzio e Comune, e che, infine, può esercitare i diritti di cui all'art. 7 della citata legge, fornisce il consenso al trattamento dei propri dati personali (anche sensibili) e del richiedente.

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 Consorzio**)
- attestato ISEE (**trattenuto esclusivamente dal Comune e da non inviare al Consorzio**)
- ALLEGATO A** (**trattenuto esclusivamente dal Comune e da non inviare al Consorzio**)

⁴ Firma di chi presenta la domanda;



**COMUNE DI
COMUNE DI CASTELFRANCO VENETO**

PARTE RISERVATA AL COMUNE			
ATTESTAZIONE DI ACCESSO AL SERVIZIO "SOLIDARIETA" TV TRE			
<input type="checkbox"/> Documentazione regolare			
Per nuclei familiari con una sola persona in condizioni di disagio:			
<input type="checkbox"/> Indicatore ISEE <= € 18.000		<input type="checkbox"/> Indicatore ISEE > € 18.000	
Per nuclei familiari con due persone in condizioni di disagio:			
<input type="checkbox"/> Indicatore ISEE <= € 36.000		<input type="checkbox"/> Indicatore ISEE > € 36.000	
Domanda accolta :	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Data			
Firma dell'istruttore			

PARTE RISERVATA AL CONSORZIO TV TRE	
<input type="checkbox"/> SERVIZIO ATTIVATO con quota variabile sul "contenitore solidarietà" corrisposta dall'utente nella misura di 1/3	<input type="checkbox"/> SERVIZIO RINNOVATO con quota variabile sul "contenitore solidarietà" corrisposta dall'utente nella misura di 1/3
<input type="checkbox"/> SERVIZIO ATTIVATO con quota variabile sul "contenitore solidarietà" corrisposta dall'utente nella misura del 50%	<input type="checkbox"/> SERVIZIO RINNOVATO con quota variabile sul "contenitore solidarietà" corrisposta dall'utente nella misura del 50%
RICHIEDENTE IL BENEFICIO	
CODICE POSIZIONE	
Data	
Firma dell'istruttore	



COMUNE DI
CASTELFRANCO VENETO

ALLEGATO A alla richiesta di accesso al servizio di "Solidarietà"
(TRATTENUTO ESCLUSIVAMENTE DAL COMUNE E DA NON INVIARE AL CONSORZIO)

IL RICHIEDENTE IL BENEFICIO DICHIARA CHE SI TROVA IN UNA DELLE SEGUENTI SITUAZIONI:

- incontinente
- dializzato
- stomatizzato
- altro

(allegare copia della dichiarazione medica)