

**TARIFFA RIFIUTI - RICHIESTA DI RATEIZZAZIONE**

Inviare il modulo via fax al numero 0651692947

CODICE CONTRATTO* CODICE UTENTE* Utenze Abitative Uffici e Società

Il presente modulo deve essere presentato debitamente compilato in tutte le sue parti, sottoscritto e completo degli allegati richiesti.
I dati contraddistinti dall'asterisco (*) devono essere obbligatoriamente indicati. In mancanza di tali dati il documento non può essere considerato una dichiarazione valida.

In qualità PROPRIETARIO CONDUTTORE**DATI ANAGRAFICI CLIENTE/RAPPRESENTANTE LEGALE IN CARICA***

Cognome*										Nome*												
Codice Fiscale*										Sesso*		Data di nascita*										
										M F												
Luogo di nascita* (Comune/Città/Stato Estero)															Provincia*							
Indirizzo di residenza* (Via/Piazza)															Numero*		Edificio*		Scala*		Interno*	
CAP*			Città di residenza/Comune/Stato Estero*												Provincia*							
Telefono/Cellulare										Fax												
e-mail																						

DATI UFFICI E SOCIETÀ*

Denominazione/Ragione Sociale/Cognome e Nome*																	
Codice Fiscale*					Codice ATECO Attività*					Partita IVA*							
Sede legale (Via/Piazza)*										Numero*		Edificio*		Scala*		Interno*	
CAP*			Città/Comune/Stato Estero*												Provincia*		
Telefono/Cellulare										Fax							
e-mail/PEC																	

Ai sensi del vigente Regolamento della Tariffa Rifiuti il/la sottoscritto/a

CHIEDE LA RATEIZZAZIONE PER:
(l'approvazione è a cura degli uffici AMA)

<input type="checkbox"/>	Documento di pagamento n°*	_____	emesso il*	<input type="text"/>	per un importo totale di €*	_____
<input type="checkbox"/>	Documento di pagamento plurisemestrale n°*	_____	emesso il*	<input type="text"/>	per un importo totale di €*	_____
			per n°*	<input type="text"/>	Semestri*	
<input type="checkbox"/>	Atto di sollecito n°*	_____	emesso il*	<input type="text"/>	notificato il*	<input type="text"/>
	relativo ai documenti di pagamento n°*	_____			per un importo totale di €*	_____
<input type="checkbox"/>	Cartella esattoriale n°*	_____	notificata il*	<input type="text"/>	per un importo totale di €*	_____
<input type="checkbox"/>	Piano di rientro (nel caso di più documenti di pagamento non regolarizzati)*	_____	note:*	_____		

ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE DOCUMENTAZIONE CHE ATTESTI LO STATO DI SITUAZIONE DI OBIETTIVA DIFFICOLTÀ'**UTENZA ABITATIVA**

- Modello ISEE: Indicatore della Situazione Economica Equivalente del nucleo familiare*
- Documentazione attestante particolare situazione che abbia determinato una modifica della situazione reddituale e patrimoniale risultante dall'ISEE*

UFFICI E SOCIETÀ

- Copia dell'ultimo bilancio approvato e depositato presso l'Ufficio del Registro delle Imprese*
- Copia dell'ultimo Modello Unico presentato*
- Visura camerale aggiornata*
- Prospetto per la determinazione dell'indice di liquidità

DICHIARO INOLTRE CHE NON SUSSISTONO PROCEDURE CONCURSUALI O FALLIMENTARI IN CORSO**ALLEGATI OBBLIGATORI**

1. Cartella di pagamento*
2. Fotocopia documento di identità*
3. Altro _____

Riconosco il mio debito e rinuncio a qualsiasi contestazione in merito.

Mi impegno inoltre al pagamento rateale di ogni altro eventuale debito pendente che risulti a mio carico dagli atti d'ufficio, fatti salvi pagamenti contestati di cui è sospesa la riscossione con provvedimento amministrativo o giurisdizionale.

Al fine di poter beneficiare della dilazione assumo i seguenti obblighi:

1. pagamento di ciascuna rata alle date indicate dal soggetto gestore
2. decadenza automatica e immediata del beneficio della dilazione in caso di mancato pagamento della prima rata o di due rate anche consecutive
3. pagamento in un'unica soluzione del debito totale residuo, in caso di decadenza dal beneficio della dilazione a pena della riscossione coattiva e dell'azione esecutiva
4. preclusione alla presentazione di una nuova richiesta di dilazione, in caso di avvenuta decadenza dell'originaria

INDIRIZZO DI RECAPITO PER DOCUMENTI ED EVENTUALI CONGUAGLI, RIMBORSI E COMUNICAZIONI

Cognome										Nome									
Indirizzo di recapito (Via/Piazza)										Numero		Edificio		Scala		Interno			
CAP				Città/Comune/Stato Estero												Provincia			

NOTE:

Reg. UE 2016/679: i dati sono richiesti per l'istruttoria e le verifiche necessarie. Titolare del trattamento è Roma Capitale. Responsabile del trattamento è AMA Spa. Per informativa dettagliata consultare il sito AMA www.amaroma.it.
D.P.R. n. 445/2000: sono consapevole che AMA controllerà le dichiarazioni e che, nel caso in cui abbia dichiarato il falso, potrò essere denunciato/a per falso in atto pubblico e truffa.

Firma dichiarante

Firma delegato

Data di presentazione

--	--	--	--	--	--	--	--

Numero del documento del dichiarante (*)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero del documento del delegato (**)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(*) Allegare fotocopia del documento del dichiarante

 carta d'identità
 patente
 passaporto

(**) Allegare fotocopia del documento del dichiarante e del delegato oltre alla delega

 carta d'identità
 patente
 passaporto
INFORMAZIONI

È possibile inviare la comunicazione anche per posta indirizzando ad AMA S.p.A. - Ufficio Tariffa - via Mosca n° 9 - 00142 Roma o consegnandola:

- Utenze Abitative presso gli sportelli in via Capo d'Africa n° 23/B e ad Ostia in via Giovanni Amenduni s.n.c. (nei pressi di piazza G. B. Bottero) anche su appuntamento: gli orari di apertura al pubblico sono consultabili sul sito www.amaroma.it

- Uffici e Società presso gli sportelli in via Mosca n° 9 e ad Ostia in via Giovanni Amenduni s.n.c. (nei pressi di piazza G. B. Bottero) anche su appuntamento: gli orari di apertura al pubblico sono consultabili sul sito www.amaroma.it