

**TARIFFA RIFIUTI - RICHIESTA DI RATEIZZAZIONE**

Inviare questo modulo Via fax al numero 06 51692947

**Utenze Abitative**

**Uffici e Società**

**DATI ANAGRAFICI CLIENTE**

**CODICE UTENTE**

Si prega di scrivere in stampatello e solo all'interno delle caselle. Si ricorda di firmare e compilare il modulo in tutte le sue parti

Denominazione/Ragione Sociale/Cognome e Nome												
Partita IVA												
Codice Fiscale						Sesso		Data di nascita				
						M F						
Luogo di nascita (Comune/Città - Stato estero)										Prov.		
Indirizzo di residenza (Via/Piazza)								Numero		Edificio	Scala	Interno
CAP			Comune/Città di residenza							Prov.		
Sede legale/(Via/Piazza)								Numero		Edificio	Scala	Interno
CAP			Comune							Prov.		
Telefono						Fax						
E-mail												
Pec (obbligatoria per Uffici e Società)												

**DATI ANAGRAFICI RAPPRESENTANTE LEGALE**

Cognome						Nome						
Codice Fiscale						Sesso		Data di nascita				
						M F						
Luogo di nascita (Comune/Città - Stato estero)										Prov.		
Indirizzo di residenza (Via/Piazza)								Numero		Edificio	Scala	Interno
CAP			Comune/Città di residenza							Prov.		
Telefono						Fax						
E-mail												
Pec (obbligatoria per Uffici e Società)												

Ai sensi del Regolamento della Tariffa Rifiuti vigente.

**Chiede la rateizzazione per:**  
(l'approvazione è a cura degli uffici AMA)

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

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

**UTENZA ABITATIVA**

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

**UFFICI E SOCIETÀ**

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

**Dichiaro inoltre che non sussistono procedimenti individuali o concorsuali in corso per il recupero di crediti**  
(es.: dichiarazione di fallimento, pignoramenti negativi etc. e che non sussistono assegni/cambiali protestate).

**ALLEGATI OBBLIGATORI**

- fotocopia cartella di pagamento       fotocopia documento di identità

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.

Note:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D.Lgs. 196/2003:** il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento delle informazioni fornite con la presente comunicazione per l'istruttoria e le verifiche necessarie.

**D.P.R. n. 445/2000:** il/la sottoscritto/a è consapevole che AMA controllerà le dichiarazioni e che, nel caso in cui abbia dichiarato il falso, potrà essere denunciato/a per falso in atto pubblico e truffa.

Firma dichiarante \_\_\_\_\_

Numero del documento del dichiarante (\*) \_\_\_\_\_

Firma delegato \_\_\_\_\_

Numero del documento del delegato (\*\*) \_\_\_\_\_

Data di presentazione

\* 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 richiesta anche per posta indirizzando ad AMA S.p.A. - Ufficio Tariffa - via Mosca n° 9 - 00142 Roma o consegnandola presso i seguenti sportelli:

- per Uffici e Società in via Mosca, 9
- per Utenze Abitative in via Capo d'Africa, 23/B
- per tutte le utenze: Ostia in via Giovanni Amenduni s.n.c.

Giorni e orari di apertura degli sportelli su [www.amaroma.it](http://www.amaroma.it)