



TASSA RIFIUTI - UTENZE DOMESTICHE - ISTANZA DI AUTOTUTELA

Inviare il modulo via fax al numero 0651692941

CODICE CONTRATTO*

CODICE UTENTE*

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 di PROPRIETARIO CONDUTTORE

DATI ANAGRAFICI UTENTE*

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

Ai sensi del vigente Regolamento della Ta.Ri. il/la sottoscritto/a

PREMESSO CHE

in data* mi è stato notificato il sollecito di pagamento n°* per l'anno*

RICHIEDE L'ANNULLAMENTO

TOTALE PARZIALE

MOTIVAZIONE*

- pagamento già effettuato (allegare ricevuta di pagamento)
- cessazione di utenza (allegare copia del modulo di richiesta)
- esenzione (allegare dichiarazione di richiesta esenzione sociale)
- altro _____

ALLEGATI OBBLIGATORI

- ricevuta del pagamento effettuato
- dichiarazioni già presentate ad AMA
- modulo esenzione sociale
- altro _____

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

Cognome	<input type="text"/>															Nome	<input type="text"/>														
Indirizzo di recapito (Via/Piazza)																		Numero	<input type="text"/>			Edificio	<input type="text"/>		Scala	<input type="text"/>		Interno	<input type="text"/>		
CAP	<input type="text"/>															Città/Comune/Stato Estero			<input type="text"/>			Provincia	<input type="text"/>								

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 S.p.A. 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 Ta.Ri. - Piazzale Caduti della Montagnola, 39 - 00142 Roma o consegnandola:
- Utenze Domestiche 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) su appuntamento: gli orari di apertura al pubblico sono consultabili sul sito www.amaroma.it
- Utenze Non Domestiche presso gli sportelli in Piazzale Caduti della Montagnola, 39 e ad Ostia in via Giovanni Amenduni s.n.c. (nei pressi di piazza G. B. Bottero) su appuntamento: gli orari di apertura al pubblico sono consultabili sul sito www.amaroma.it