

PUNTO B)



COMUNE DI CALVAGESE DELLA RIVIERA

c.f. : 00791540172 Partita Iva: 00577930985 - Piazza Municipio n.12 – 25080 Calvagese della Riviera (BS)

OGGETTO: Richiesta di Rimborso TARI anno d'imposta 2025 PSA

"Persone fisiche, soggetti passivi anziani o disabili che acquisiscono la residenza anagrafica presso istituti di ricovero o sanitari a seguito di ricovero permanente, per l'abitazione e sue eventuali pertinenze di cui sono proprietari o usufruttuari, a condizione che essa sia l'unica abitazione posseduta su tutto il territorio nazionale e non risulti in alcun modo locata e/o abitata "

IO SOTTOSCRITTO/A		
Indicare i dati dell'intestatario della bolletta		
NATO/A A	IL	
RESIDENTE IN		
VIA/ P.ZZA	N.	
CODICE FISCALE	TEL./CELL	

**RICHIEDO il rimborso del 100% del tributo versato anno 2025
come previsto dal PUNTO B* del Piano Socio Assistenziale**

A tal fine dichiaro:

- la residenza è stata acquisita presso istituto di ricovero o sanitario a seguito di ricovero permanente;
- il mio nucleo familiare risulta composto da n. _____ persone;
- l'immobile oggetto del tributo corrisponde alla mia abitazione principale;
- l'immobile oggetto del tributo è di mia proprietà ;
- l'immobile oggetto del tributo risulta essere l'unica abitazione da me posseduta sull'intero territorio nazionale e attualmente non è né locata né abitata;
- di essere a conoscenza che il rimborso verrà disposto previa acquisizione dei dati relativi all'eventuale BONUS RIFIUTI che mi venisse riconosciuto ai sensi della delibera ARERA 355/2025/R/rif per l'anno 2025

L'immobile assoggettato al pagamento della TARI anno 2025 per il quale viene richiesto il rimborso*
risulta catastalmente censito:

sez.	foglio	mappale	sub.	cat.-cl	mq tassati	n.comp

*Le agevolazioni di cui ai punti a), b), c) si applicano alle unità immobiliari classificate nelle categorie catastali A2, A3, A4, A5, A6 e loro pertinenze.

TARI 2025 VERSATA	€
-------------------	---

Chiedo che il rimborso venga accreditato sul Conto Corrente

Intestato a: _____ **C.F.** _____

Coordinate bancarie (riportare codice IBAN 27 caratteri):

Allego alla richiesta di rimborso :

 carta identità intestatario bolletta;

[redacted] copia F24 di versamento Acconto effettuato in data

copia F24 di versamento Saldo effettuato in data

certificato che attesta la residenza presso istituto di ricovero o sanitari a seguito di ricovero permanente;

Calvagese della Riviera

Firma leggibile del richiedente