

TARIFFA RIFIUTI - COMUNICAZIONE DEI DATI CATASTALIInviare questo modulo **Via fax** al numero **06 51692957** **Utenze Abitative** **Uffici e Società**CODICE UTENZA CODICE UTENTE **DATI ANAGRAFICI CLIENTE**

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

 M F

Data di nascita

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

DATI ANAGRAFICI RAPPRESENTANTE LEGALE

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Sesso

 M F

Data di nascita

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

COMUNICA IN QUALITÀ DI: proprietario conduttore

I DATI IDENTIFICATIVI DELL'IMMOBILE

Via/Piazza													Numero		Edificio		Scala		Interno	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
foglio				particella				sub				sezione								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Note: _____

L. 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 comunicazione 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.
nei giorni: lunedì mercoledì e venerdì ore 9.00 - 13.00, martedì e giovedì ore 9.00 - 13.00 / 15.00 - 17.00, esclusi i festivi.