



TASSA RIFIUTI – COMUNICAZIONE DATI CATASTALI

Inviare il modulo via fax al numero 0651692957

CODICE CONTRATTO*

CODICE UTENTE*

Utenze Domestiche

Utenze Non Domestiche

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/RAPPRESENTANTE LEGALE IN CARICA*

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

DATI UTENZE NON DOMESTICHE*

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

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

DATI IDENTIFICATIVI DELL'IMMOBILE *

Indirizzo di residenza (Via/Piazza)*												Numero*		Edificio*		Scala*		Interno*	
<input type="text"/>												<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ESTREMI CATASTALI*	SEZIONE*		FOGLIO*		PARTICELLA*		SUBALTERNO*		SUBALTERNO		SUBALTERNO		SUBALTERNO						
	<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"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>						

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

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