

**All' Ufficio Tributi**  
**del Comune di**  
**P A O L A**

**OGGETTO:** Agevolazioni TARI anno 2021.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

a conoscenza di quanto prescritto **dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000** sulle responsabilità penali cui va incontro in caso di dichiarazioni mendaci.

**D I C H I A R A**

Di essere contribuente per il tributo **TARI** a nome di

\_\_\_\_\_ ai fini della corrispondente tariffa.

**C H I E D E**

Ai sensi e per gli effetti della **Deliberazione di Consiglio Comunale n. 21 del 09.09.2014 (approvazione regolamento IUC) successivamente modificata ed integrata dalle Deliberazioni di Consiglio Comunale n. 8 del 21/04/2016, n. 5 dell' 08/05/2017, n. 17 del 27/03/2018 e n. 16 del 29/06/2021** la concessione delle agevolazioni previste dal **Comune di Paola (CS)** per il tributo Tari anno 2021:

**1. Istituire la "no tax area" con le seguenti prescrizioni:**

Per i nuclei familiari il cui indicatore ISEE riferito al reddito dell'anno 2020 non sia superiore ad euro 8.265,00, riduzione del tributo del **30%**.

**2. Presenza di un disabile nel nucleo familiare con disabilità del 100% e reddito ISEE non superiore ad euro 8.265,00:**

Il disabile non viene computato nel nucleo familiare ai fini del calcolo della quota variabile del tributo.

**3. Istituire il "bonus bebè" con le seguenti prescrizioni:**

Per i nuclei familiari con bambini di età inferiore a 4 (quattro) anni il cui indicatore ISEE riferito al reddito dell'anno 2020 non sia superiore ad euro 8.265,00, riduzione del **20%** della quota variabile del tributo;

**4. Istituire il "bonus nuova impresa" con le seguenti prescrizioni:**

Le nuove imprese artigianali, industriali, commerciali o professionali possono usufruire di una riduzione del **50%** ai fini del calcolo della quota variabile del tributo, per i primi 3 (tre) anni di attività.

5. **Mancato computo nel nucleo familiare dei componenti residenti nel Comune di Paola ma domiciliati altrove per motivi di studio o lavoro con le seguenti prescrizioni:**

Allegare copia del contratto di affitto registrato o dell'attestato di proprietà dell'immobile occupato, copia del contratto di lavoro oppure copia del provvedimento di assegnazione di residenze universitarie o certificato di frequenza universitaria;

6. **Utilizzo del sistema di compostaggio domestico:**

E' prevista una riduzione annua del **10%** sulla tariffa unitaria della categoria relativa alle abitazioni private secondo le prescrizioni di cui all'art. 41 del regolamento IUC così come modificato dalla Delibera Consiliare n. 17 del 27.03.2018;

**Non è possibile cumulare più agevolazioni.** In questo caso verrà applicata automaticamente quella più vantaggiosa per il contribuente.

**Dichiara**, ancora, che i seguenti componenti il nucleo familiare sono dichiarati invalidi al cento per cento:

| Nr. | Cognome e Nome |
|-----|----------------|
| 1   |                |
| 2   |                |
| 3   |                |
| 4   |                |

E, all'uopo, allega la seguente documentazione:

Fotocopia della Carta d'identità n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_;

- ☐ Fotocopia verbale Commissione Sanitaria per il riconoscimento dell'invalidità;
- ☐ Certificato ISEE anno 2021 (redditi anno 2020).

Il/La sottoscritt\_ dichiara, infine, di essere a conoscenza e di accettare:

1. che il Comune non assume alcuna responsabilità per errata dichiarazione, da parte del contribuente, di dati che comportino la mancata applicazione dei benefici;
2. che il godimento di tali benefici è subordinato all'acquisizione della presente istanza, in carta semplice, **all'Ufficio Protocollo del Comune entro e non oltre il 05/08/2021;**
3. che resta in facoltà degli Uffici di procedere a verifiche, anche a campione ed anche con richiesta al contribuente di ogni documentazione ritenuta utile, a pena di decadenza o inapplicabilità dei benefici in caso di silenzio o rifiuto.

**N.B. LE ISTANZE NON COMPLETE IN OGNI VOCE O PRESENTATE OLTRE IL TERMINE SOPRA INDICATO, NON POTRANNO ESSERE AMMESSE AI BENEFICI PREVISTI.**

Paola, li \_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_