



Comune di Pisa

Richiesta di accesso al FONDO di SOLIDARIETA' AIT per le UTENZE DEBOLI - anno 2017  
(ai sensi del D. L.vo n. 152/2006 e visto il provvedimento del direttore SdS Pisana n. 58 del 27/04/2017)

**IO SOTTOSCRITTO/A**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Stato civile (**nubile/celibe/separato/divorziato**) \_\_\_\_\_

Residente a **PISA** in via/piazza \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

presa visione dell'Avviso per l'accesso al fondo di solidarietà AIT per le utenze deboli – anno 2017

**CHIEDO**

di essere ammesso alla formazione della graduatoria all'agevolazione tariffaria sul consumo idrico per il proprio nucleo familiare e per la propria abitazione di residenza.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARO**

a) che la presente istanza è riferita all'abitazione di residenza;

b) che il codice dell'utenza idrica dell'abitazione di residenza è il seguente:

\_\_\_\_\_

c) che per l'INTESTAZIONE della UTENZA (spuntare una sola opzione)

l'utenza di cui sopra è intestata al richiedente.

l'utenza di cui sopra è intestata all'APES.

**(NB: il responsabile APES deve compilare l'apposita dichiarazione allegata alla presente domanda altrimenti la domanda non è completa e verrà esclusa dalla graduatoria)**

l'utenza di cui sopra è intestata al Condominio sito in via \_\_\_\_\_

denominazione – CF/ P Iva \_\_\_\_\_

**(NB: l'Amministratore di condominio deve compilare l'apposita dichiarazione allegata alla presente domanda altrimenti la domanda non è completa e verrà esclusa dalla graduatoria)**

d) ISEE ordinario in corso di validità senza omissioni/difformità del proprio nucleo familiare è di importo pari o inferiore a € 11.649,84

e) CARATTERISTICHE del nucleo familiare :

nel proprio nucleo familiare è presente una persona con handicap certificato ex legge n. 104/92.

nel proprio nucleo familiare è presente un componente in stato di disoccupazione.

## DICHIARO INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

- f) può essere presentata una sola domanda per codice utenza e nucleo familiare;
- g) il mancato conferimento dei dati richiesti comporta l'impossibilità a proseguire la procedura amministrativa e che la domanda incompleta degli allegati o errata non sarà presa in considerazione;
- h) l'agevolazione verrà erogata dal gestore Acque SpA sottoforma di sconto in bolletta;
- i) sui dati dichiarati potranno essere effettuati, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000, controlli finalizzati ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;
- j) qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, si decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. già citato, e si incorre nelle sanzioni penali previste dall'art. 76;
- k) è fatto obbligo al sottoscrittore della domanda di comunicare per iscritto, alla data della variazione, ogni modifica intervenuta ai requisiti dichiarati.
- l) in caso di nascita/decesso di un componente così come per altri tipi di iscrizione/cancellazione di uno o più componenti alla/dalla scheda anagrafica rispetto a quanto dichiarato a fini ISEE bisogna richiedere una situazione ISEE aggiornata.

## A TAL FINE ALLEGO

- 1) Attestazione ISEE ordinario in corso di validità privo di omissioni/difformità;
- 2) Fotocopia fronte/retro del documento d'identità e per i cittadini extra-comunitari anche fotocopia fronte/retro del permesso di soggiorno;
- 3) **solo se l'utenza è individuale** Fotocopia delle bollette attestanti la spesa idrica per l'anno 2016
- 4) **solo se l'utenza è condominiale/alloggi APES** Dichiarazione rilasciata dall'Amministratore di condominio o analoga figura e copia del documento di identità dello stesso;
- 5) Copia della documentazione attestante un eventuale handicap ex Legge 104/1992;
- 6) Copia della documentazione attestante un eventuale stato di disoccupazione
- 7) Altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## FIRMA

PISA, il \_\_\_\_\_

(Firma per esteso del richiedente)

**ATTENZIONE: senza firma la domanda non è completa e verrà esclusa dalla graduatoria.**

### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – Nota informativa per la privacy ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") si informa che:

- o i dati personali comunicati saranno trattati al solo scopo di procedere all'istruttoria della pratica, con strumenti informatici e cartacei idonei a garantirne la riservatezza e la sicurezza. I dati verranno altresì conservati nelle rispettive banche dati;
- o il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto svolgimento dell'istruttoria e degli altri adempimenti, mentre il conferimento dei dati ulteriori di contatto è facoltativo, ma garantisce una migliore comunicazione delle informazioni inerenti la pratica;
- o in relazione al procedimento ed alle attività correlate, la Società della Salute zona pisana può comunicare i dati acquisiti ad altri Enti competenti. Potranno venirne a conoscenza i responsabili e gli incaricati anche esterni del trattamento, i quali li tratteranno nel rispetto di quanto indicato nella presente informativa;
- o l'interessato può esercitare i diritti previsti dall'articolo 7 del D.Lgs. n. 196/2003;
- o il Titolare del trattamento dei dati personali è la Società della Salute zona pisana. Il Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore della Società della Salute zona pisana.