

**COMUNE DI ESTERZILI****PROVINCIA DI CAGLIARI**

AREA AMMINISTRATIVA/SOCIO-CULTURALE

P.zza Sant'Ignazio, 1 - Tel. 0782/55323 – Fax. 0782/562156 – P.IVA 00171430911
servizisociali@comune.esterzili.ca.it – servizisociali@pec.comune.esterzili.ca.it

Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Bando pubblico finalizzato all'erogazione di agevolazioni tariffarie del Servizio Idrico Integrato a favore di nuclei familiari in condizioni di disagio socio-economico denominati "utenze deboli" - periodo 2012/2015

Il / la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____, e residente
 a **ESTERZILI (CA)** in Via _____ n. _____ Telefono _____
 C.F. _____ n° componenti nucleo familiare _____

*(dati obbligatori)***CHIEDE**

Di poter usufruire, per l'unità abitativa di residenza in qualità di titolare dell'utenza, delle agevolazioni tariffarie a carattere sociale di cui alla **Del.ne C.I.A.E.G. n. 36 del 16.12.2016**, secondo le modalità indicate nel Bando approvato con Determinazione Resp. d'Area Amministrativa Socio/Culturale n. 54 del 20/03/2017.

A tal fine, il/ la sottoscritto/ a sotto la propria personale responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000 e consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

Di trovarsi in una delle seguenti condizioni: **(barrare la voce che interessa)**:

- 1.** di essere residente nel Comune di Esterzili;
 2. di essere titolare di utenza per la fornitura idrica ad uso domestico residente, in qualità di *(dati obbligatori)*:

○ *utenza singola*

Indirizzo	N° utenza Abbanoa	Codice PDE Abbanoa

○ *utenza condominiale*

Ragione Sociale e C.F. condominio	N° utenza Abbanoa	Codice PDE Abbanoa

3. che il proprio nucleo familiare anagrafico che dimora nell'abitazione oggetto della richiesta è così composto:

Rapporto di Parentela	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale

4. che la situazione dei pagamenti per i consumi idrici del **periodo 2012/2015** è la seguente:

(indicare l'importo totale per ciascun anno)

Anno	Pagato	Non Pagato
2012		
2013		
2014		
2015		

DICHIARA INOLTRE:

5 che si tratta di nucleo familiare monogenitoriale con figli minori a carico.

6 che nel nucleo familiare **sono presenti** n. _____ componenti affetti da disabilità (accerta ai sensi del riconoscimento invalidità civile e/o L. 104/92 e di cui si allega copia certificato).

Si allega inoltre la seguente documentazione (pena irricevibilità) :

Copia di almeno **n. 2** certificazioni ISEE di importo uguale o inferiore a € 5.000,00 relative al **periodo 2012-2015** :

✓ valore- ISEE - € _____ anno di riferimento _____;

✓ valore- ISEE - € _____ anno di riferimento _____;

copia di documento di identità e codice fiscale di chi sottoscrive la presente l'istanza.

SI AUTORIZZA al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003 e dichiara di essere informato/a, ai sensi dell' art.13 DLgs 196/03, che i dati acquisiti con la presente istanza sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità e saranno trattati, anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento e comunicati ai gestori del SII e ad Abbanoa ai soli fini dell'erogazione della compensazione.

Luogo e data

_____ lì _____

(firma del dichiarante)