

COMUNE DI _____

TA.RI.
RICHIESTA RIMBORSO EREDI

(ai sensi della Deliberazione n. 15/2022 di ARERA – Allegato A – Titolo III)

Inserire i dati anagrafici dell'**Intestatario** della TARI

Cognome										Nome									
Cod.Fiscale												Nato a							
il		Residente a										CAP		Prov.					
Via														n.					
Deceduto il								nel Comune di											
Codice Utente																			

Da compilare con i dati anagrafici dell'**Erede/Coerede**

Cognome										Nome									
Cod.Fiscale												Nato a							
il		Residente a										CAP		Prov.					
Via														n.					
Cellulare								Telefono Fisso											
e-mail								PEC											

Se si desidera ricevere la corrispondenza a un indirizzo diverso dalla residenza / sede legale inserire l'indirizzo di recapito

Presso										Via										n.	
Città										CAP		Prov.									

Autorizzazione invio corrispondenza per email [facoltativo]

**[RIDURRE IL CONSUMO DI CARTA CONSENTE UN MINORE IMPATTO AMBIENTALE
E LIMITA LO SPRECO DI MATERIA PRIMA]**



AUTORIZZO

**il Comune a inviare, fino a successiva revoca, i propri documenti di natura ordinaria
tramite posta elettronica, in sostituzione dell'invio cartaceo**

COMUNICO

il seguente indirizzo di posta elettronica [e-mail] al quale richiedo di inviare la documentazione ordinaria:

**La revoca e/o modifica della presente autorizzazione potrà essere effettuata in qualsiasi momento tramite una
comunicazione scritta inviata alle mail sotto indicate**

Firma del dichiarante _____

CHIEDE

il rimborso del versamento in eccesso effettuato dal *de cuius*

MEDIANTE

[per la disciplina delle modalità di restituzione degli importi non dovuti
si invitano i contribuenti a prendere visione di quanto contenuto all'interno del Regolamento TARI in vigore]

- ☐ **COMPENSAZIONE** dell'imposto non dovuto nel primo documento di riscossione utile
- ☐ **RIMBORSO** diretto presso la tesoreria comunale
- ☐ **ACCREDITO** alle sotto riportate coordinate bancarie/postali

Intestatario Conto

Conto Corrente n.

Istituto bancario

Filiale di

ABI

CAB

Codice CIN

Codice IBAN

DICHIARA

ai sensi del D.P.R. n. 445/2000

- di essere l'**unico erede**
- di avere piena capacità giuridica
- che non esistono altre persone che per legge possono vantare diritti o pretese di sorta sull'eredità relitta
- che in qualità di coniuge non è mai stata pronunciata sentenza definitiva di separazione personale e/o sentenza di divorzio passata in giudicato
- che contro il titolo di erede non è mai stata sollevata alcuna contestazione e che contro l'eredità non risulta pendente controversia alcuna

Allo scopo allega

- copia documento d'identità
- copia dei versamenti effettuati

OPPURE

- che vi sono **altri eredi**

Allo scopo allega:

- copia documento d'identità
- copia dei versamenti effettuati
- delega alla riscossione sottoscritta dagli eredi a favore della persona delegata

DELEGA
ALLA RICHIESTA DI RIMBORSO PER ECCEDEXZA TARI

I sottoscritti eredi

1 

Cognome															Nome																								
Cod.Fiscale															Nato a																								
il															Residente a															CAP					Prov.				
Via																														n.									
Documento di riconoscimento n.																																							
Rilasciato da																																							
Con scadenza il																																							

2 

Cognome															Nome																								
Cod.Fiscale															Nato a																								
il															Residente a															CAP					Prov.				
Via																														n.									
Documento di riconoscimento n.																																							
Rilasciato da																																							
Con scadenza il																																							

3 

Cognome															Nome																								
Cod.Fiscale															Nato a																								
il															Residente a															CAP					Prov.				
Via																														n.									
Documento di riconoscimento n.																																							
Rilasciato da																																							
Con scadenza il																																							

4 

Cognome															Nome																								
Cod.Fiscale															Nato a																								
il															Residente a															CAP					Prov.				
Via																														n.									
Documento di riconoscimento n.																																							
Rilasciato da																																							
Con scadenza il																																							

DICHIARANO
ai sensi del D.P.R. n. 445/2000

- di essere gli unici eredi di

Cognome														Nome															
Cod.Fiscale																Nato a													
il				Residente a														CAP				Prov.							
Via																		n.											
Deceduto il										nel Comune di																			
Codice Utente																													

- che tutti gli eredi sopra descritti sono maggiorenni e pienamente capaci di agire, ad eccezione di _____
- che all'infuori dei suddetti eredi legittimi non si conoscono altre persone che per legge possono vantare diritti o pretese di sorta sull'eredità relitta
- che fra i coniugi non è mai stata pronunciata sentenza definitiva di separazione personale e/o sentenza di divorzio passata in giudicato
- che contro il titolo di erede non è mai stata sollevata alcuna contestazione e che contro l'eredità non risulta pendente controversia alcuna

DELEGANO

Cognome														Nome															
Cod.Fiscale																Nato a													
il				Residente a														CAP				Prov.							
Via																		n.											

a presentare istanza di rimborso TA.RI versata in misura maggiore del dovuto dal *de cuius*

RINUNCIANO

alla riscossione/accredito di quanto sopra richiesto in favore del delegato alla riscossione/compensazione

LIBERANO

il Comune da qualsiasi responsabilità in merito alla riscossione/compensazione del richiesto rimborso/accredito

Data _____

FIRMA EREDE 1 _____

Data _____

FIRMA EREDE 2 _____

Data _____

FIRMA EREDE 3 _____

Data _____

FIRMA EREDE 4 _____

ISTRUZIONI PER L'INVIO DELLA MODULISTICA

Il modello compilato, firmato e corredato degli allegati necessari, può essere inviato utilizzando uno dei seguenti metodi:

- **mail standard:** s.guglielmero@consorziorsu.al.it

(specificare nell'oggetto TA.RI Comune di _____)

- **mail PEC:** tassarifiuti.consortzioal@legalmail.it

(specificare nell'oggetto TA.RI Comune di _____)

- **consegna diretta** presso lo sportello TA.RI. nei giorni come da calendario consultabile al link

<https://www.consorziorsu.al.it/it-it/il-consorzio-/strutture>

Data _____

Firma del dichiarante _____

Il Consorzio di Bacino Alessandrino in qualità di contitolare tratterà i dati personali conferiti con il presente modulo, con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR), in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico. Informativa sul trattamento dei dati personali art.13 R.G. UE 679/2016 <https://www.consorziorsu.al.it/it-it/privacy>



Scansione il QR-CODE a lato e sul sito di A.M.V. Igiene Ambientale troverai le informazioni sulle condizioni di erogazione del servizio di raccolta, di trasporto, di spazzamento e di lavaggio delle strade.



Scansione il QR-CODE a lato e sul sito del Consorzio di Bacino Alessandrino puoi consultare la carta della qualità del servizio di gestione dei rifiuti che ha la finalità di avvicinare i cittadini all'individuazione delle attività di gestione della TARI e, in modo particolare, per conoscere gli strumenti da utilizzare per ricevere informazioni e/o servizi

