

**AST S.P.A.** a socio unico  
**Servizio Rifiuti**  
**Via Breda 18/A Travagliato BS**  
***rifiuti@aziendaserviziterritoriali.com***

**DOMANDA DI RIMBORSO/COMPENSAZIONE TARI – TARIFFA SUI RIFIUTI**

CONTRIBUENTE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
giorno mese anno Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Residenza \_\_\_\_\_

DENUNCIANTE (compilare se diverso dal contribuente)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
giorno mese anno Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Residenza \_\_\_\_\_

**CHIEDE**, ai sensi dell'art. 23 del Regolamento Comunale per l'applicazione della tariffa rifiuti, il rimborso del relativamente agli anni e per gli importi di seguito indicati:

ANNO \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
ANNO \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

oltre ai relativi interessi maturati, mediante:

ACCREDITO su Conto Corrente: intestato \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BANCA \_\_\_\_\_

COMPENSAZIONE con gli importi dovuti nella bollettazione successiva

Motivo della richiesta di rimborso:

\_\_\_\_\_

ALLEGATI: documento di riconoscimento

Altro \_\_\_\_\_

Si dichiara di essere a conoscenza che in caso di mendaci dichiarazioni saranno applicate nei propri confronti le pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_