# RICHIESTA ESENZIONE DAL PAGAMENTO DELLA TARIFFA DI FOGNATURA E DEPURAZIONE

Al fine di richiedere l’esonero dal pagamento della tariffa di fognatura e depurazione,

Il sottoscritto nato a \_ (prov. ) il residente a (prov: ) CAP in Via n. recapito telefonico

* in qualità di proprietario
* per conto del proprietario:

sig. nato a (prov. ) il residente a (prov: ) CAP in Via n. recapito telefonico

dell’edificio sotto indicato, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate all’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la sua personale responsabilità.

# DICHIARA

che il fabbricato sito in Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n:\_\_\_\_\_\_\_\_ presso cui è attivata/in corso di attivazione la fornitura di acqua potabile relativa al contratto n. \_\_\_\_\_\_\_\_ (cod. cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) intestata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**individuato nella planimetria obbligatoriamente da allegare al presente modulo,**

non è allacciato alla rete fognaria ed è dotato di un sistema proprio di collettamento e depurazione, mantenuto in funzione provvedendo alle periodiche operazioni di spurgo (estrazione della crosta e del fango) almeno una volta l’anno, secondo quanto previsto dalla normativa vigente;

A riprova di quanto sopra dichiarato, **allega inoltre alla presente** **copia dell’Autorizzazione allo scarico** in corpo recettore diverso dalla Pubblica fognatura

Autorizzazione n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rilasciata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con scadenza il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con la presente autorizza, inoltre, ogni verifica di quanto sopra da parte di Acquambiente Marche srl.

(orari disponibilità per eventuale sopralluogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

**Nota**: allegare alla richiesta copia documento di identità del richiedente. Trasmettere con una delle seguenti modalità:

* posta ordinaria ad Acquambiente Marche Srl Via Recanatese 27/i - 60022 Castelfidardo AN
* fax 071/7821802 o e-mail all’indirizzo **info@acquambientemarche.it**