



**COMUNE DI  
SANTORSO**

PROVINCIA DI VICENZA  
P.za Aldo Moro, 8 - CAP 36014

**UFFICIO TRIBUTI**

Tel. 0445.649550

ufficio.tributi@comune.santorso.vi.it  
email PEC: santorso.vi@cert.ip-veneto.net

DENUNCIA UTENZE

**CESSAZIONE  
TA.RI.**

Protocollo

**Il sottoscritto:**

|                |  |            |  |        |  |  |       |  |         |  |       |  |  |  |
|----------------|--|------------|--|--------|--|--|-------|--|---------|--|-------|--|--|--|
| Codice Fiscale |  |            |  |        |  |  |       |  |         |  |       |  |  |  |
| Cognome        |  |            |  |        |  |  | Nome  |  |         |  |       |  |  |  |
| Nato/a a       |  | Comune     |  |        |  |  | prov. |  | Nato il |  |       |  |  |  |
| Residente      |  | Comune     |  |        |  |  | prov. |  | C.A.P.  |  | Sesso |  |  |  |
|                |  | Via/Piazza |  | N.civ. |  |  | Tel.  |  | M F     |  |       |  |  |  |
| E-mail         |  |            |  |        |  |  | PEC   |  |         |  |       |  |  |  |

**in qualità di legale rappresentante della ditta:**

|                      |  |          |  |        |  |  |                |  |        |  |  |  |              |  |  |
|----------------------|--|----------|--|--------|--|--|----------------|--|--------|--|--|--|--------------|--|--|
| Denominazione        |  |          |  |        |  |  |                |  |        |  |  |  |              |  |  |
| Sede Legale          |  | Comune   |  |        |  |  | prov.          |  | C.A.P. |  |  |  |              |  |  |
|                      |  | Via/P.za |  | N.civ. |  |  | Tel.           |  |        |  |  |  |              |  |  |
| Descrizione attività |  |          |  |        |  |  | P.IVA          |  |        |  |  |  | Codice ATECO |  |  |
|                      |  |          |  |        |  |  | Codice Fiscale |  |        |  |  |  |              |  |  |
| E-mail               |  |          |  |        |  |  | PEC            |  |        |  |  |  |              |  |  |

**in qualità di \_\_\_\_\_ del contribuente:**  
(erede, contitolare, ...)

|                |  |        |  |  |  |  |           |  |         |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--------|--|--|--|--|-----------|--|---------|--|--|--|--|--|
| Codice Fiscale |  |        |  |  |  |  |           |  |         |  |  |  |  |  |
| Cognome        |  |        |  |  |  |  | Nome      |  |         |  |  |  |  |  |
| Nato/a a       |  | Comune |  |  |  |  | prov. ( ) |  | Nato il |  |  |  |  |  |

**CHIEDE la CANCELLAZIONE della TA.RI. per i locali sotto indicati:  
IMMOBILE**

|  |  |  |  |  |  |  |        |  |                             |  |                 |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|-----------------------------|--|-----------------|--|--|--|
| Indirizzo  |  |  |  |  |  |  | N.civ. |  | Data rilascio locali e aree |  | g g m m a a a a |  |  |  |
| DATI CATASTALI: Foglio _____ Mappale _____ Sub. _____<br>Foglio _____ Mappale _____ Sub. _____ |  |  |  |  |  |  |        |  |                             |  |                 |  |  |  |

|  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Trasferimento   | - Nuovo indirizzo:    |
| <input type="checkbox"/> Cambio intestazione   | - Nuova intestazione: |
| <input type="checkbox"/> Decesso   | - Nuova intestazione: |
| <input type="checkbox"/> Cessazione attività   | - Nuova intestazione: |
| <input type="checkbox"/> Altro:  |                       |
| <input type="checkbox"/> Ho restituito in data odierna i dispositivi per la raccolta differenziata all'Ufficio Tributi.                              |                       |
| <input type="checkbox"/> Mi impegno a restituire entro 10 giorni dalla data odierna i dispositivi per la raccolta differenziata all'Ufficio Tributi. |                       |

Autorizzo il trattamento delle informazioni fornite con la presente dichiarazione, per l'istruttoria e le verifiche necessarie (legge 675/96)

Presentato il \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_