



**DICHIARA INOLTRE**

- di impegnarsi a corrispondere le quote di contribuzione stabilite dall'Amministrazione Comunale;
- di essere consapevole che in caso di mancato pagamento, si potrà procedere alla sospensione del servizio, e comunque al recupero del dovuto nei modi e tempi previsti dalla legge;
- di impegnarsi a comunicare, per iscritto, all'Ufficio Comunale competente, qualsiasi variazione inerente i dati dichiarati o l'eventuale rinuncia al servizio.

**SI ALLEGA ALLA PRESENTE RICHIESTA:**

- Copia dell'attestazione ISEE;
- Eventuale richiesta di dieta speciale secondo l'apposito modulo;
- Certificato Medico (attestante il diritto a usufruire il servizio a domicilio).

- Dichiaro di essere a conoscenza che ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 colui che sottoscrive dichiarazioni che ad un successivo controllo risultino non veritiere decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, e che i dati dichiarati col presente modulo potranno essere utilizzati da parte della Guardia di Finanza, ai sensi di legge, per i controlli sulla veridicità dei dati dichiarati.

DATA \_\_\_\_\_

**FIRMA \***

\_\_\_\_\_

**PRESENTAZIONE DIRETTA Firma apposta in presenza del dipendente addetto a riceverla**

*ESCALAPLANO* \_\_\_\_\_

***L'IMPIEGATO RICEVENTE***

\_\_\_\_\_