



CITTA' DI CAMPI SALENTINA

PROVINCIA DI LECCE

SETTORE TRIBUTI E FISCALITA' LOCALE

Il/La sottoscritto/a (Cognome Nome) _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Prov: _____ Via _____ Cap _____

Telefono _____ Codice Fiscale _____

E-mail _____

In qualità di:

☐ Proprietario

☐ Locatario

☐ Erede di _____ Nato a _____ il _____

☐ Rapp. legale della Ditta _____ P. IVA _____

E-mail _____ Tel. _____

CHIEDE:

☐ CESSAZIONE ☐ DISCARICO

A far data dal: _____ per l'utenza (Domestica e/o Non Domestica) di seguito descritta:

IN CASO DI UTENZA/E DOMESTICHE E NON DOMESTICHE:

TIPOLOGIA LOCALE/ATTIVITA' SVOLTA	SUP. MQ	FOGLIO	PART.	SUB.	INDIRIZZO
<u>TOTALE MQ.</u>					

MOTIVAZIONE:(decesso,trasferimento,vendita,altro) _____

Allegare relativa documentazione.

Data presentazione _____ Firma leggibile _____

(Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs n. 196 del 30 Giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali).

Allegati:

☐ Documento d'identità

☐ In caso di delega, atto a firma del delegante con fotocopia del documento d'identità del delegante e del delegato