



# 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