



Müllabfuhr- und -entsorgungsgebühr

tassa raccolta e smaltimento rifiuti

ANSUCHEN/DOMANDA

gemäß Art. 14 Absatz 3: personenbezogene Ermäßigungen:

Wohneinheiten, die von auf fremde Hilfe angewiesenen und im Besonderen an körperlichen Gebrechen (Inkontinenz) leidenden Personen besetzt sind, bei denen sich, infolge der erwähnten Gebrechen, eine entsprechend größere Abfallmenge ergibt (z.B. an Windeln), genießen eine Tarifiermäßigung im Ausmaß von 100% auf alle Entleerungen, welche die Mindestentleerungen überschreiten – für die Zuerkennung dieser Tarifiermäßigung ist eine ärztliche Bescheinigung über den effektiven Gesundheitszustand vorzulegen.

ai sensi dell'art. 14 comma 3: riduzioni individuali:

unita' abitative con soggetti non autosufficienti, in particolar modo sofferenti di patologie (incontinenza) a causa delle quali ci siano correlative e dimostrate maggiori produzioni di rifiuti (p.es. pannolini), dietro presentazione di certificato medico attestante il reale stato di salute, godono di una riduzione sugli svuotamenti eccedenti il quantitativo di svuotamenti minimi stabiliti pari al 100%.

Steuerträger/codice contr. **Steuernummer/cod.fiscale**

Anrede/Titolo MWST. Nr./part. IVA.....

Name/nome:.....

Zusatztext/commento:.....

Geburtsland/paese di nascita **Geburtsdatum/data di nascita**.....

Geburtsort/luogo di nascita:

erklärt

dichiara

an körperlichen Gebrechen zu leiden, gemäß Art. 14, 3 Absatz, der Gemeindeverordnung (ersichtlich aus beiliegender ärztlicher Bescheinigung) und ersucht deshalb um die zustehende, genehmigte, individuelle Ermäßigung.

di soffrire della patologia indicata nell'art. 14 comma 3 del regolamento comunale (come da certificato medico allegato) e pertanto richiede la spettante e regolamentata riduzione individuale.

WOHNSITZ / INDIRIZZO:

Land/paese: Ort/luogo

Straße/via **Nr.**

Fraktion / frazione: Völlan, Pawigl, Ackpfeif, Vigiljoch

PLZ / CAP

ZUSATZINFORMATION / INFORMAZIONI AGGIUNTIVE:

Beruf/professione: Rechnung **Sprache/lingua** della fattura

Telefon: **mobil/cell**.....

Transponder Tonnennummer/n. bidone

Behältermodell Fassung/capienza contenitore Volumen Liter..... 60/120/360/1.100

Datum ärztliche Bescheinigung/Data attestazione medica:

Gültigkeit bis/Validita` fino:

Notizen/Annotazioni:

Datum/data

Unterschrift Abgabepflichtiger / firma contribuente

.....
Unterschrift Beamtin / firma impiegata