

Istanza e Dichiarazione Sostitutiva di Atto di Notorietà rilasciata al fine della richiesta di

**ALIQUOTA USI INDUSTRIALI E ASSIMILATI GAS NATURALE**

ISTANZA: D.M.12.07.77 Dichiarazione sostitutiva certificato C.C.I.A.A.: DPR 28.12.2000 n. 445 D.M.12.07.77 art.4. Circolare

Dichiarazione sostitutiva certificato C.C.I.A.A.: D.M.12.07.77 art. 4. Circolare Min. Fin. – Dipartimento Dogane - Ispettorato II Div.. IV/D.C.P.C. - n. 57/d prot.9300281 del 14.05.94 Aliq. ridotta Accise: art.26 nota 1 ed Allegato I D.lgs. 26/10/95 n° 504 (T.U. Accise)

Il sottoscritto

Cognome					Nome				
Codice fiscale									
Nato a				Il		Residente in via			N°
Comune				Tel./Cell.			e-mail		

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall' art. 76 del DPR 28/12/2000 n°445,

**DICHIARA**

di essere il Titolare e/o Legale Rappresentante della Ditta:

Ragione sociale			
Partita Iva		C.F.	
Sede legale via		N°	Comune
Unità locale via		N°	Comune
Iscrizione CCIAA di	Numero		In data

**DICHIARA INOLTRE che i consumi di GAS NATURALE relativi alla fornitura identificata da**

PDR		
e sita in via		N°
Comune		

sono dovuti esclusivamente ad uso industriale per:

**RISTORAZIONE**

e che nella sede/struttura suindicata vengono svolte contemporaneamente attività di ristorazione e attività di somministrazione di sole bevande e che nella sede/struttura suindicata vi è la sussistenza di impedimenti tecnici all'installazione di distinti contatori gas e che i consumi gas sono prevalentemente da imputare all'attività di ristorazione

**IMPIANTI SPORTIVI**

e che la summenzionata società/associazione/comitato sportivo svolge, nella sede/struttura suindicata, sen-za fine di lucro, attività sportiva esclusivamente dilettantistica ai sensi della specifica normativa di settore (art.2 Legge 23/03/81 n° 91).

**ARTIGIANALI** con iscrizione Albo Imprese Artigiane n° \_\_\_\_\_ data iscrizione \_\_\_\_\_

**ATTIVITA' RICETTIVE** finalizzate all' ASSISTENZA di DISABILI, ANZIANI, ORFANI, INDIGENTI e che la summenzionata istituzione/società/associazione/gruppo/comitato svolge, nella sede/struttura suindicata, attività ricettiva effettivamente finalizzata all'assistenza delle seguenti categorie di soggetti:

DISABILI     ORFANI     ANZIANI     INDIGENTI

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto, informato ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.LGS. 196/03, autorizza, ai sensi e per gli effetti del D.LGS. 196/03, ASM al trattamento dei dati sopra riportati prescritti dalle disposizioni di legge vigenti, ai fini del procedimento per il quale sono richiesti, dati che verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### **DOCUMENTI OBBLIGATORI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA**

- > *copia del documento di identità del dichiarante*
- > *visura camerale o certificato attribuzione P.IVA*

MODALITA' DI INVIO RICHIESTA:

PEC: [commercialepower@pec.asmpomigliano.it](mailto:commercialepower@pec.asmpomigliano.it)