Numero Verde
800.865.684

RICHIESTA AGEVOLAZIONI ACCISE E ADDIZIONALI REGIONALI GAS

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 75 del DPR n. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci

il/la Sottoscritto/a (nome e cognome)*: _____

nato/a a: _____ il: ___/___/_____ Codice Fiscale*: _____

telefono*: _____ e-mail: _____

in qualità di Rappresentante della Società*: _____

P. Iva*: _____ Cod.Fiscale*: _____ Cod.Ateco*: _____

con Sede Legale in: _____

CHIEDE l'agevolazione di cui all'oggetto per l'utenza di seguito indicata:

Codice PDR*: _____

Indirizzo di fornitura*: _____

in quanto i consumi relativi all'utenza citata sono riconducibili ad uso*:

◯ **Artigianale - Registro Albo Artigiano n. _____.**

◯ **Agricolo.**

◯ **Industriale, in tal caso specificare la tipologia*:**

◯ Attività produttive di beni e/o servizi;

◯ Distribuzione commerciale (Attività di somministrazione di bevande, Attività commercio al dettaglio comprese forme speciali di vendita come vendita per catalogo e commercio elettronico, vendita per corrispondenza, mediante distributori automatici, tramite televisione o altro mezzo di comunicazione, Attività di commercio all'ingrosso, Attività di intermediazione commerciale o comunque non direttamente connesse alla vendita come movimento merci, magazzini di custodia e deposito per conto terzi e magazzini frigoriferi per conto terzi);

◯ Settore alberghiero (strutture/attività ricettive quali albergo, hotel, motel, pensione, locanda, convitto, collegio, campeggio, ostello per la gioventù, villaggio/albergo, residenza turistico alberghiera, villaggio turistico, alloggio agro turistico, esercizio di affittacamere, casa appartamento per vacanze, assistenza dei disabili, orfanotrofio, casa di riposo, casa di ricovero, casa di cura, casa albergo per anziani e indigenti, comunità di recupero per tossicodipendenti limitatamente alle attività artigianali e agricole, istituto di ricovero/alloggio per religiosi finalizzato in via esclusiva all'assistenza degli anziani e similari);

◯ Settore ospedaliero (ospedali e le altre strutture operative delle aziende dei servizi sanitari regionali, aziende ospedaliere pubbliche e Aziende Sanitarie Locali, ambulatori, consultori, poliambulatori privati di fisioterapia e altri presidi sanitari e similari);

◯ Settore ristorazione (Ristoranti, trattorie, tavole calde, pizzerie, bar, pasticcerie, gelaterie, forni da pane e similari);

◯ Impianti e associazioni sportive dilettantistiche senza scopo di lucro;

◯ Onlus/attività ricettive svolte, senza fini di lucro, da istituzioni finalizzate all'assistenza dei disabili, degli orfani, degli anziani e degli indigenti;

◯ **Teleriscaldamento** alimentato da impianti di cogenerazione e in relazione ai quali la Ditta/Società qui rappresentata è in possesso dell'autorizzazione per il riconoscimento dell'aliquota agevolata rilasciata dall'Ufficio dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli**.

◯ **Produzione diretta o indiretta di energia elettrica** e in relazione ai quali la Ditta/Società qui rappresentata è in possesso dell'autorizzazione per il riconoscimento dell'aliquota agevolata rilasciata dall'Ufficio dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli**.

◯ **Distributore per uso autotrazione, con licenza fiscale** intestata alla Ditta*_____ .**

◯ **Forze Armate Nazionali.**

◯ **Sedi e Rappresentanti Diplomatici e Consolari, Organizzazioni Internazionali, Forze Armate NATO.**

Il Richiedente dichiara altresì che il gas è utilizzato*:

◯ **Esclusivamente** nell'esercizio dell'attività sopra barrata;

◯ in modo **PROMISCUO,** ovvero il gas misurato dallo stesso contatore viene usato contemporaneamente per usi industriali e usi non ricompresi tra gli usi industriali (per esempio l'uso civile/domestico), in relazione ai quali la Ditta/Società qui rappresentata è in possesso dell'autorizzazione rilasciata dall'Ufficio dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli**, ovvero di apposita relazione tecnica** asseverata da esperti iscritti ai relativi albi professionali, che riconosce le seguenti percentuali d'uso*:

◯ _____ % usi industriali;

◯ _____ % usi civili.

* Dati obbligatori: l'assenza di tali dati renderà non accettabile la richiesta.

** Allegato obbligatorio: l'assenza dell'allegato renderà non accettabile la richiesta

La presente dichiarazione è da ritenersi valida sino a revoca scritta.

Timbro e Firma

Luogo _____ Data _____

NOTA BENE: COMPILARE TUTTI I CAMPI RICHIESTI SOPRA ED ALLEGARE DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'. QUALORA NON SI VERIFICHI UNA DELLE CONDIZIONI OBBLIGATORIE RICHIESTE, LA PRATICA NON VERRA' PRESA IN CARICO.