



INFORMATIVA N. 04/2010

Decreto Ministeriale 17 dicembre 2009

SISTRI sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti

Proroga avvio del sistema (G.U. 13/07/2010 n. 161)

E' stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto di proroga dei tempi di avvio del SISTRI al **1 ottobre 2010**; con lo stesso decreto sono variati i contributi di iscrizione come da tabella riportata a seguito.

ENTI E IMPRESE PROFUTTORI RIFIUTI PERICOLOSI		
ADDETTI PER UNITA' LOCALE	QUANTITATIVI ANNUI	CONTRIBUTO
Da 1 a 5	Fino a 200 Kg	€ 50
Da 1 a 5	Oltre 200 e fino a 400 Kg	€ 60
Da 6 a 10	Fino a 400 Kg	€ 60
IMPRENDITORI AGRICOLI		
Da 1 a 5	Fino a 200 Kg	€ 30
Da 1 a 5	Oltre 200 e fino a 400 kg	€ 50
Da 6 a 10	Fino a 400 Kg	€ 50
COMUNI CON MENO DI 5000 ABITANTI		€ 60

Chi rientra nelle fasce della tabella di cui sopra e ha pagato come diritti di iscrizione una quota più alta può chiedere il conguaglio compilando i moduli che trova allegati alla presente e inviandoli:

- e-mail inviando il modulo come allegato al seguente indirizzo **conguagliosistri@sistri.it**
- fax al numero verde **800 05 08 63**

Per conoscere i quantitativi di rifiuti pericolosi prodotti basta consultare il MUD compilato ed inviato entro il 30 giugno del c.a.

I nostri uffici rimangono a Vostra disposizione, al numero 02.96734303 interno 3, per eventuali chiarimenti e per tutta l'assistenza relativa all'iscrizione.

Con l'occasione ci è gradito porgere i nostri migliori saluti.

NEW AGE ECOLOGIA SRL

MINISTERO DELL'AMBIENTE E DELLA TUTELA DEL TERRITORIO E DEL MARE
DIREZIONE PER LA TUTELA DEL TERRITORIO E DELLE RISORSE IDRICHE
RICHIESTA AI SENSI DELL'ART. 6, COMMA 3, DEL D.M. 9 LUGLIO 2010

SEZIONE 1

DATI IDENTIFICATIVI

RAGIONE SOCIALE: _____

CODICE FISCALE: _____

SEDE LEGALE

COMUNE: _____ PROVINCIA: _____

VIA E NUMERO CIVICO: _____

CAP: _____

TELEFONO: _____ FAX: _____

DATI RELATIVI AL RAPPRESENTANTE LEGALE

COGNOME: _____ NOME: _____

DATA DI NASCITA: _____ SESSO: _____
(GG/MM/AAAA) (M o F)

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA: _____

PROVINCIA DI NASCITA: _____

CODICE FISCALE: _____

DOMICILIO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

COMUNE: _____ PROVINCIA: _____

VIA E NUMERO CIVICO: _____

CAP: _____

TELEFONO: _____ FAX: _____

SEZIONE 2

Nella presente sezione devono essere indicate tutte le Unità Locali per le quali si richiede il conguaglio relativo al versamento del contributo.

UNITÀ LOCALE

COMUNE: _____ | PROVINCIA: |__|__|

VIA E NUMERO CIVICO: _____

CAP: |__|__|__|__|__|

TELEFONO: _____ | FAX: |_____

UNITÀ LOCALE

COMUNE: _____ | PROVINCIA: |__|__|

VIA E NUMERO CIVICO: _____

CAP: |__|__|__|__|__|

TELEFONO: _____ | FAX: |_____

UNITÀ LOCALE

COMUNE: _____ | PROVINCIA: |__|__|

VIA E NUMERO CIVICO: _____

CAP: |__|__|__|__|__|

TELEFONO: _____ | FAX: |_____

UNITÀ LOCALE

COMUNE: _____ | PROVINCIA: |__|__|

VIA E NUMERO CIVICO: _____

CAP: |__|__|__|__|__|

TELEFONO: _____ | FAX: |_____

NOTA: Qualora sia necessario riportare i dati di un numero di Unità Locali superiore a quello consentito dal format del modulo è possibile fotocopiare la presente pagina per poter indicare tutte le Unità Locali.

ESTREMI PRATICA DI CUI SI CHIEDE IL CONGUAGLIO AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 6, COMMA 3, DEL DECRETO MINISTERIALE 9 LUGLIO 2010 A VALERE SUGLI ANNI SUCCESSIVI

ATTESO CHE IN DATA |__|_|_| / |__|_|_| / |__|_|_|_|_| È STATO EFFETTUATO IL VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO SISTRI TRAMITE |_____|

(INDICARE SE BONIFICO, O BOLLETTINO POSTALE, O VERSAMENTO IN CONTANTI PRESSO LA TESORERIA)

PER UN IMPORTO PARI A € |_____|
(IMPORTO VERSATO)

E CHE LO SCRIVENTE RIENTRA NELLA SEGUENTE CATEGORIA:

- SOGGETTI DI CUI ALL'ART. 6, COMMA 1 DEL D.M. 9 LUGLIO 2010 CHE HANNO GIÀ PROVVEDUTO AL PAGAMENTO DI CONTRIBUTI
- SOGGETTI CHE PER ERRORE HANNO VERSATO SOMME MAGGIORI RISPETTO AL DOVUTO

IMPORTO VERSATO € |_____| (A)

IMPORTO DOVUTOTO € |_____| (B)

IMPORTO DA PORTARE A CONGUAGLIO € |_____| (A-B)

RIFERIMENTO PRATICA SISTRI N. |_____|

CATEGORIA |_____|

SPECIFICA CATEGORIA |_____|

TIPOLOGIA RIFIUTI |_____|

PERTANTO SI

RICHIEDE IL

CONGUAGLIO

A VALERE SUGLI ANNI SUCCESSIVI DELL'IMPORTO ERRONEAMENTE VERSATO DI € |_____| (A-B)

SI ALLEGA LA DOCUMENTAZIONE A SUPPORTO:

|_____|
|_____|
|_____|
|_____|
|_____|
|_____|

DATA |__|_|_| / |__|_|_| / |__|_|_|_|_|

|_____|
(FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)