



AZIENDA AUTONOMA DI STATO
PER I SERVIZI PUBBLICI

REP. SAN MARINO . Via A. di Superchio, 16 . 47893 CAILUNGO (B-5)
Tel. 0549 883700 . Fax 0549 883720 . e-mail: info@aass.sm . www.aass.sm
Cod.Op. Econ. SM 02463



**ISTANZA PER LA RATEIZZAZIONE DELLE UTENZE IN ASSENZA DELL'APPLICAZIONE
DELL'INDENNITA' DI MORA
(ai sensi dell'Art.2 del Decreto Delegato 6 giugno 2023 n. 93)**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ cittadino/a _____
residente a _____ in via _____ n. _____
cod. ISS _____ soggiornante (*campo facoltativo per i titolari di permesso di soggiorno in
Repubblica*) _____ tel. _____ ;e-mail _____

(solo per PERSONA FISICA)

- in nome e per conto proprio;
 in nome e per conto di:

Nome e Cognome _____
nato/a a _____ il _____ cittadino/a _____
residente a _____ in via _____ n. _____
cod. ISS _____ soggiornante (*campo facoltativo per i titolari di permesso di soggiorno in
Repubblica*) _____ tel. _____ ;e-mail _____
come attesta l'Atto di Procura _____ autenticata dal
Dott. _____, Notaio Pubblico in San Marino in data _____ ;*

- in qualità di curatore/tutore di

Nome e Cognome _____
nato/a a _____ il _____ cittadino/a _____
residente a _____ in via _____ n. _____
cod. ISS _____ soggiornante (*campo facoltativo per i titolari di permesso di soggiorno in
Repubblica*) _____ tel. _____ ;e-mail _____
come attesta la copia del Decreto/Sentenza _____ ;**

CHIEDE

L'applicazione della **misura straordinaria della RATEIZZAZIONE DELLE UTENZE IN ASSENZA
DI APPLICAZIONE DELL'INDENNITA' DI MORA** ai sensi dell'Art.2 del Decreto Delegato n.
93/2023 sul/i seguente/i contratto/i di fornitura:

Servizio _____ periodo di _____
competenza(mesi) _____ contratto n. _____ PDE N. _____
_____, Codice Cliente _____ Fattura n. _____ ;



AZIENDA AUTONOMA DI STATO
PER I SERVIZI PUBBLICI

REP. SAN MARINO . Via A. di Superchio, 16 . 47893 CAILUNGO (B-5)
Tel. 0549 883700 . Fax 0549 883720 . e-mail: info@aass.sm . www.aass.sm
Cod.Op. Econ. SM 02463



Scad.fattura _____ (l'istanza va presentata entro e non oltre 60 giorni dalla data di scadenza della fattura);

Servizio _____ periodo di competenza(mesi) _____ contratto n. _____ PDE N. _____, Codice Cliente _____ Fattura n. _____;

Scad.fattura _____ (l'istanza va presentata entro e non oltre 60 giorni dalla data di scadenza della fattura);

Servizio _____ periodo di competenza(mesi) _____ contratto n. _____ PDE N. _____, Codice Cliente _____ Fattura n. _____;

Scad.fattura _____ (l'istanza va presentata entro e non oltre 60 giorni dalla data di scadenza della fattura);

CONSAPEVOLE CHE

chiunque rende dichiarazioni false o mendaci è punito a norma delle leggi penali vigenti ai sensi dell'articolo 24 della Legge n.159/2011 e decade dei benefici eventualmente ottenuti, ai sensi dell'articolo 25 della Legge n.159/2011, sotto la propria responsabilità

NONCHE' CONSAPEVOLE CHE

In caso di indebito beneficio, nell'ambito dei piani di rateizzazione, AASS procede con i seguenti interventi:

a) immediata sospensione del piano;

b) immediato recupero degli importi dovuti;

c) applicazione dell'indennità di mora sull'importo totale oggetto del piano di rateizzazione;

d) sanzione pecuniaria pari al 10%, senza facoltà di oblazione, sull'importo totale oggetto del piano di rateizzazione;

e) eventuale distacco delle utenze in caso di mancato pagamento degli importi dovuti.



AZIENDA AUTONOMA DI STATO
PER I SERVIZI PUBBLICI

REP. SAN MARINO . Via A. di Superchio, 16 . 47893 CAILUNGO (B-5)
Tel. 0549 883700 . Fax 0549 883720 . e-mail: info@aass.sm . www.aass.sm
Cod.Op. Econ. SM 02463



D I C H I A R A

DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI PREVISTI PER LEGGE: (PERSONA FISICA)

(Indicare la categoria di appartenenza con una X)

- sia percettore nell'anno precedente di un reddito familiare pro-capite annuo imponibile pari o inferiore a euro 8.500,00;

OPPURE, SE NON RIENTRA NELLA CASISTICA DI CUI SOPRA, RIENTRI IN UNA O PIU'DELLE SEGUENTI CASISTICHE:

- essere in stato di disoccupazione o mobilità o comunque aver cessato il lavoro per cause allo stesso non imputabili;
- essere in Cassa Integrazione Guadagni da almeno trenta giorni oppure non percepire il pagamento completo dello stipendio. In quest'ultimo caso il soggetto beneficiario deve necessariamente allegare nel modulo di richiesta la certificazione di apposita Commissione Conciliativa***;
- aver subito un lutto negli ultimi dodici mesi di un componente del proprio stato di famiglia avente capacità reddituale o insorgenza di condizioni di non autosufficienza di un componente del proprio stato di famiglia con percepimento di apposito assegno di accompagnamento ai sensi della Legge 13 novembre 1991 n.138 e successive modifiche,

D I C H I A R A I N O L T R E

DI ESSERE IN POSSESSO DI TUTTI I SEGUENTI REQUISITI PREVISTI PER LEGGE

1. essere in regola con il pagamento delle fatture emesse precedentemente e nel corso dell'anno precedente alla richiesta o con le rate previste in piani di rientro e in piani di dilazione rateizzazione già concordati con AASS
2. di non avere a proprio carico un concorso giudiziale dei creditori ovvero procedure equivalenti;
3. assenza di procedure esecutive di Banca Centrale di San Marino a norma del Titolo II della Legge 25 maggio 2004 n. 70 per il recupero di crediti verso tutto il Settore Pubblico Allargato, i quali non siano oggetto di contenzioso ed accordo già formalizzato.

R I C H I E D E

che il riscontro di accettazione o rifiuto della presente richiesta nonché tutte le comunicazioni ad essa connesse vengano trasmesse:

- Al domicilio sopra indicato mediante spedizione di Raccomanda R.R o raccomandata a mano;



AZIENDA AUTONOMA DI STATO
PER I SERVIZI PUBBLICI

REP. SAN MARINO . Via A. di Superchio, 16 . 47893 CAILUNGO (B-5)
Tel. 0549 883700 . Fax 0549 883720 . e-mail: info@aass.sm . www.aass.sm
Cod.Op. Econ. SM 02463



- A diverso domicilio qui di seguito indicato, mediante spedizione di Raccomanda R.R o Raccomandata a mano:
(nome) _____ (cognome) _____
Via _____ (castello) _____ (cap) _____;
- Al seguente domicilio digitale (**necessariamente TNotice**) _____;

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione ai sensi degli artt. 13 e 14 della Legge 171/2018 dell'Informativa sul trattamento dei dati personali – utenti dei servizi, la cui copia è disponibile presso lo Sportello Cassa presso la sede legale di AASS, nonché sul sito web <https://www.aass.sm/site/home/privacy/informative-per-il-trattamento-dei-dati-personali.html>.

Il richiedente dichiara infine con la sottoscrizione della presente richiesta la veridicità di tutte le informazioni fornite e di conoscere ed accettare tutte le conseguenze civili e penali così come definite dal Decreto Delegato 6 giugno 2023 n. 93, nonché di aver preso visione e di accettare in ogni sua parte il Regolamento in materia di incasso, rateizzazioni, dilazioni e decurtazioni di pagamento delle utenze AASS.

Il richiedente dichiara inoltre con la sottoscrizione della presente richiesta di accettare che nel qual caso le dichiarazioni effettuate con la presente non siano veritiere, oltre alle conseguenze su citate, nonché la decadenza dei benefici concessi, AASS tratterà comunque la somma versata quale rata dell'Accordo di dilazione senza la possibilità di richiedere la reintegrazione della somma, né eventuali danni in quanto tale somma rappresenta un anticipo rispetto al credito vantato da AASS ad eccezione di procedura di concorso giudiziale dei creditori.

ALLEGATI:

- INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – UTENTI DEI SERVIZI;
- COPIA DOCUMENTO (PATENTE DI GUIDA/PASSAPORTO/CARTA D'IDENTITA' **IN CORSO DI VALIDITA'**);
- COPIA CONFORME ATTO DI PROCURA*;
- COPIA DECRETO/SENTENZA**;
- CERTIFICAZIONE DI APPOSITA COMMISSIONE CONCILIATIVA***(solo in caso di dichiarazione di essere in Cassa Integrazione Guadagni da almeno trenta giorni oppure non percepire il pagamento completo dello stipendio)

Luogo e data _____ Il/La dichiarante _____



AZIENDA AUTONOMA DI STATO
PER I SERVIZI PUBBLICI

REP. SAN MARINO . Via A. di Superchio, 16 . 47893 CAILUNGO (B-5)
Tel. 0549 883700 . Fax 0549 883720 . e-mail: info@aass.sm . www.aass.sm
Cod.Op. Econ. SM 02463



PARTE DA COMPILARE RISERVATA AD AASS

VERIFICHE PRELIMINARI

CONTROLLI EFFETTUATI

sia percettore nell'anno precedente di un reddito familiare pro-capite annuo imponibile pari o inferiore a euro 8.500,00;

Riscontro Prot. _____ (solo se utente ha indicato il requisito)

essere in stato di disoccupazione o mobilità o comunque aver cessato il lavoro per cause allo stesso non imputabili;

Riscontro Prot. _____ (solo se utente ha indicato il requisito)

essere in Cassa Integrazione Guadagni da almeno trenta giorni oppure non percepire il pagamento completo dello stipendio. In quest'ultimo caso il soggetto beneficiario deve necessariamente allegare nel modulo di richiesta la certificazione di apposita Commissione Conciliativa;

Verifica Documenti allegati. _____ (solo se utente ha indicato il requisito)

aver subito un lutto negli ultimi dodici mesi di un componente del proprio stato di famiglia avente capacità reddituale o insorgenza di condizioni di non autosufficienza di un componente del proprio stato di famiglia con percepimento di apposito assegno di accompagnamento ai sensi della Legge 13 novembre 1991 n.138 e successive modifiche,

Riscontro Prot _____ (solo se utente ha indicato il requisito)

essere in regola con il pagamento delle fatture emesse precedentemente e nel corso dell'anno precedente alla richiesta o con le rate previste in piani di rientro e in piani di dilazione rateizzazione già concordati con AASS

Verifica il _____

di non avere a proprio carico un concorso giudiziale dei creditori ovvero procedure equivalenti;

Riscontro Prot. _____ **opp. Verifica web il** _____

assenza di procedure esecutive di Banca Centrale di San Marino a norma del Titolo II della Legge 25 maggio 2004 n. 70 per il recupero di crediti verso tutto il Settore Pubblico Allargato, i quali non siano oggetto di contenzioso ed accordo già formalizzato e puntualmente rispettato;

Riscontro Prot. _____



**AZIENDA AUTONOMA DI STATO
PER I SERVIZI PUBBLICI**

REP. SAN MARINO . Via A. di Superchio, 16 . 47893 CAILUNGO (B-5)
Tel. 0549 883700 . Fax 0549 883720 . e-mail: info@aass.sm . www.aass.sm
Cod.Op. Econ. SM 02463



LE DICHIARAZIONI SONO VERITIERE

SI		NO	
-----------	--	-----------	--

RISCONTRO UTENTE PROT. _____

- APPROVATO PIANO A DECORRERE DAL _____
- NEGATO PIANO IL _____ MOTIVO _____

Pratica evasa il _____ **Firma dipendente**

AASS _____