

Spett.le
Comune di Arizzano
Servizio Tributi
Corso Roma, 1
28811 Arizzano

IMPOSTA MUNICIPALE PROPRIA (IMU)

**DICHIARAZIONE ABITAZIONE POSSEDUTA A TITOLO DI PROPRIETA' O DI USUFRUTTO DA ANZIANI O
DISABILI CHE ACQUISISCONO LA RESIDENZA IN ISTITUTI DI RICOVERO O SANITARI**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il
_____, Codice Fiscale _____ residente in
_____ (____) via _____ n.
_____ CAP _____ telefono _____ email _____

Preso atto di quanto indicato all'art. 9 del Regolamento Comunale di applicazione dell'imposta municipale propria (IMU);

CHIEDE

il riconoscimento del regime agevolativo previsto per l'abitazione principale e relative pertinenze ammesse, per gli immobili sotto dettagliati, posseduti a titolo di: _____
(proprietà/usufrutto)

Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000;

DICHIARA

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

- di essere residente, in seguito a ricovero permanente dal giorno:/...../....., nella seguente struttura di ricovero/sanitaria:

.....
(denominazione struttura e comune)

- che i sotto dettagliati immobili rientrano nel regime agevolativo previsto dal Regolamento comunale:

ABITAZIONE:

Categoria catastale possesso del% Foglio Mappale Subalterno

Sita in Arizzano (indirizzo completo)

PERTINENZE:

Categoria catastale C/2 possesso del% Foglio Mappale Subalterno

Categoria catastale C/6 possesso del% Foglio Mappale Subalterno

Categoria catastale C/7 possesso del% Foglio..... Mappale.....Subalterno

- che gli immobili sopraindicati non sono locati;
- di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/200;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000;
- di comunicare ogni eventuale successiva variazione che potrà far cessare i presupposti necessari per l'applicazione dell'aliquota agevolata;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento 679/2016/UE che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Arizzano,/...../.....

IL DICHIARANTE o chi per esso**(compilare)

.....

(firma leggibile)

**compilare in qualità di:

(nome e cognome) (indicare se figlio, coniuge, tutore, ecc)

nato/a il/...../.....

residente a indirizzo

Codice fiscale:

E mail@

che si assume la responsabilità di quanto dichiarato. Allega: documento di identità: