

ALL'UFFICIO TRIBUTI DEL  
COMUNE DI  
28070 TORNACO

OGGETTO: DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI FINI IMU PER L'APPLICAZIONE DI ALIQUOTA E  
DETRAZIONI PER ABITAZIONE PRINCIPALE DI ANZIANI O DISABILI CHE ACQUISISCONO LA RESIDENZA  
IN ISTITUTI DI RICOVERO O SANITARI A SEGUITO DI RICOVERO PERMANENTE.

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il ....., C.F. ....  
residente a ..... Prov ..... Via .....  
n°..... Cap..... , Tel..... in qualità di:

Figlio;  Tutore;  altro.....;

del Sig. ....nato a.....

il..... C.F.....

in base alle disposizioni di legge ed al vigente Regolamento Comunale in tema di Imposta Municipale  
Propria relative agli anziani ed ai disabili

CHIEDE

l'assimilazione all'abitazione principale, con conseguente diritto all'applicazione della relativa  
aliquota e della detrazione, per le seguenti unità immobiliari possedute nel Comune di TORNACO  
dal Sig. ....a titolo di

proprietà  usufrutto  titolare del diritto d'uso o abitazione

via..... n° ..... /int..... così  
censito/i al catasto fabbricati:

FOGLIO ..... NUMERO ..... SUB..... CATEGORIA CATASTALE. ....

RENDITA CATASTALE ..... PERCENTUALE DI POSSESSO.....

FOGLIO ..... NUMERO ..... SUB..... CATEGORIA CATASTALE. ....

RENDITA CATASTALE ..... PERCENTUALE DI POSSESSO.....

FOGLIO ..... NUMERO ..... SUB..... CATEGORIA CATASTALE. ....

RENDITA CATASTALE ..... PERCENTUALE DI POSSESSO.....

FOGLIO ..... NUMERO ..... SUB..... CATEGORIA CATASTALE. ....

RENDITA CATASTALE ..... PERCENTUALE DI POSSESSO.....

DICHIARA

Ai sensi del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali e della revoca dei benefici previsti per le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi (art. 76, DPR 445/2000) che il Sig.

(Cognome e Nome).....

è ricoverato e residente permanentemente in una struttura di ricovero/sanitaria a far data dal  
.....;

la struttura è la seguente.....  
.....

tutti gli immobili sopra indicati non sono locati.

SI IMPEGNA

a comunicare prontamente ogni eventuale variazione dei requisiti di cui sopra che possa inficiare il godimento dell'agevolazione di cui alla presente dichiarazione.

COMUNICA

che l'assimilazione di che trattasi sarà operata a decorrere dal pagamento della rata in scadenza il  
..... Anno d'imposta.....

AUTORIZZA

Il trattamento dei dati forniti con la presente dichiarazione che verrà svolto nel rispetto del D.Lgs 196/2003, con criteri di liceità e correttezza, ai fini dello svolgimento delle funzioni istituzionali del Comune.

In fede.

Allega :

- 1 – documentazione della struttura di ricovero/sanitaria che comprova il ricovero permanente.
- 2 - fotocopia documento di identità personale del dichiarante

Il Dichiarante

TORNACO, lì

\_\_\_\_\_