

Al Comune di Orbetello -Servizio Entrate Tributarie
protocollo@comune.orbetello.gr.it
protocollo@pec.comuneorbetello.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'

(Art.47 D.P.R. 28.12.2000 N.445)

richiesta agevolazione per abitazione posseduta da anziano o disabile residente in istituto di ricovero o sanitario

Io sottoscritto _____
nato a: _____ il _____
Codice Fiscale _____ via _____ n° _____

In qualità di proprietario/titolare del diritto di usufrutto/uso/abitazione, nella percentuale del% dell'unità immobiliare:

ubicazione	Riferimenti catastali			
	foglio	mappale	Sub	categoria

al fine di beneficiare sulla predetta percentuale di possesso dell'agevolazione prevista dall'art. 6 del Regolamento Comunale per l'applicazione dell'imposta municipale propria (I.M.U.) a favore di anziani o disabili che acquisiscono la residenza in istituti di ricovero o sanitari a seguito di ricovero permanente;

DICHIARO

- Di essere residente dal _____ a seguito di ricovero permanente, presso l'Istituto ubicato nel Comune di _____ Prov. _____ in Via _____ n° _____
- Che l'immobile in cui sono stato residente fino alla data del ricovero permanente nell'Istituto sopra indicato **NON**

E'LOCATO

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'art.76 D.P.R 28.12.2000 n. 445 sulla responsabilità penale cui si può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e dall'art.75 dello stesso D.P.R sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria personale responsabilità;

Orbetello li _____

Firma _____
(per esteso e leggibile)

Avvertenza: i dati e le informazioni fornite nel presente modulo saranno trattati esclusivamente per le finalità di applicazione del tributo locale e in base a quanto disposto dal D. Lgs 196/2003, integrato e modificato dal D. Lgs 101/2018 e dal Regolamento UE 2016/679

IN CASO DI PRESENTAZIONE DIRETTA	IN CASO DI INVIO PER POSTA O PER VIA TELEMATICA
La firma deve essere apposta in presenza dell'addetto a riceverla. Modalità di identificazione: _____	Si allega copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento: tipo _____ n. _____ rilasciato da: _____ validità fino al: _____
Data _____ V° Il dipendente addetto	Data _____ Firma del dichiarante