

ALL'AREA ENTRATE E TRIBUTI
DEL COMUNE DI
20027 RESCALDINA MI

IMU -

**DICHIARAZIONE DI ASSIMILAZIONE ALL'ABITAZIONE PRINCIPALE DI IMMOBILI DI ANZIANI O DISABILI RICOVERATI
IN ISTITUTI DI RICOVERO O SANITARI (Art. 26 del Regolamento Comunale IUC)**

Il/La sottoscritto/a _____
Nato a _____ Prov. (_____) il _____
Residente in _____ Prov. (_____) Via _____
Codice Fiscale _____ % di possesso _____
N. Tel. fisso _____ N. Cell. _____
E-mail _____ @pec _____

Per conto: proprio di _____
codice fiscale _____
E-mail _____
@pec _____
residente presso l'istituto di ricovero/sanitario _____
Via/Piazza _____ n. _____
Città _____ Prov. _____
a seguito di ricovero permanente dal _____

Al contribuente che fornisce gli indirizzi di posta elettronica, codesto Ente provvederà ad inviare tutte le comunicazioni utilizzando tale mezzo, salvo diversi obblighi di legge, per cui il richiedente si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione degli indirizzi elettronici sopra riportati. A conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e sotto la propria personale responsabilità.

DICHIARA

per l'immobile con relative pertinenze, nella misura di una per categoria catastale C/2, C/6 e C/7, sito in

Via _____ n. _____ interno _____

Foglio	_____	Particella/Mappale	_____	Sub.	_____	Cat.catastale	_____	Rendita cat.	_____
Foglio	_____	Particella/Mappale	_____	Sub.	_____	Cat.catastale	_____	Rendita cat.	_____
Foglio	_____	Particella/Mappale	_____	Sub.	_____	Cat.catastale	_____	Rendita cat.	_____
Foglio	_____	Particella/Mappale	_____	Sub.	_____	Cat.catastale	_____	Rendita cat.	_____

Si autorizza ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196 del 30.06.2003 il trattamento dei dati personali, effettuato con

di cui è proprietario/usufruttuario il Sig./Sig.ra _____ era dallo stesso adibito quale abitazione principale prima del ricovero in istituto e che lo stesso **non** risulta attualmente locato.

La presente comunicazione deve essere **presentata entro il 31/12 dell'anno di inizio ricovero permanente** a pena di decadenza dal beneficio e non ripetuta se le condizioni rimangono invariate. Non si darà comunque luogo a rimborsi d'imposta per gli anni precedenti in caso di istanza presentata tardivamente. **Qualora venga meno il requisito per usufruire dell'agevolazione deve essere presentata apposita dichiarazione di cessazione.**

Si autorizza ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196 del 30.06.2003 il trattamento dei dati personali, effettuato con modalità cartacea e informatizzata, rispettando i principi di correttezza, trasparenza e tutela della riservatezza e dei diritti del cittadino i quali verranno utilizzati per tutti i procedimenti amministrativi comunali. In qualunque momento potrà far valere i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003. Responsabile del trattamento è il Responsabile del Servizio Tributi.

_____ Li _____
(luogo) (data)

IL/LA DICHIARANTE

(apporre firma in originale o firma digitale)

AVVERTENZA: le dichiarazioni devono essere consegnate a mano all'ufficio Protocollo oppure spedite per posta oppure inviate al n. di fax 0331467821 oppure inviate all'indirizzo mail tributi@comune.rescaldina.mi.it oppure comune.rescaldina@pec.comune.rescaldina.mi.it

ALLEGARE SEMPRE COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DICHIARANTE.