

DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome e Nome: _____

Nato a _____ il _____

Cod. Fisc. _____

Residente a _____

Via _____

Spett.Le COMUNE DI BUDRIO
Servizio Tributi
40054 BUDRIO BO

OGGETTO: RICHIESTA DI ESENZIONE ICI PER ABITAZIONE PRINCIPALE -
ANZIANO O DISABILE

In conformità a quanto previsto dall'art. 4, comma 1 lett. a) del Regolamento per l'applicazione dell'Imposta Comunale sugli Immobili (*"le unità immobiliari possedute a titolo di proprietà o di usufrutto da anziano o disabile che acquisisce la residenza in istituto di ricovero o sanitario a seguito di ricovero permanente, precedentemente utilizzata come abitazione principale e relativa pertinenza, a condizione che la stessa non risulti locata"*) si chiede di poter fruire della esenzione riconosciuta per l'abitazione principale.

A tal fine si allega autocertificazione, ai sensi dell'art. 4, comma 2.

_____, lì _____

IL RICHIEDENTE

OGGETTO: RICHIESTA DI ESENZIONE ICI PER ABITAZIONE PRINCIPALE - ANZIANO
O DISABILE

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a

il _____ residente a

in Via _____ n. _____

DICHIARA

– Di avere la residenza nell'Istituto di ricovero

a seguito di ricovero permanente dal _____;

– Che l'unità immobiliare sita in Via

n. _____ foglio _____ mappale _____ sub. _____ cat. _____

e/o relativa pertinenza sita in Via _____ n. _____

foglio _____ mappale _____ sub. _____ cat. _____ posseduti
a titolo di _____ non sono dati in
locazione.

E' consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della Legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, li _____

FIRMA
(dell'interessato)

OPPURE:

- La presente dichiarazione è resa dal dichiarante in nome e per conto del richiedente incapace.
(barrare questa casella se ricorre il caso e completare i dati di seguito indicati)

DATI ANAGRAFICI DEL DICHIARANTE

Cognome e Nome _____

Comune di nascita _____ (____) Data di nascita _____

Comune di residenza _____

Indirizzo e numero civico _____

Tel. _____

_____, lì _____

IL DICHIARANTE

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445:

Firma apposta dal dichiarante in presenza di _____

Presentata copia del documento di identità n. _____

-