



*All' UFFICIO TRIBUTI
DEL COMUNE DI PABILLONIS*

OGGETTO: **COMUNICAZIONE IMU PER ANZIANI/DISABILI RICOVERATI PRESSO ISTITUTI RICOVERO-SANITARI**

DATI DEL CONTRIBUENTE (compilare sempre)

CODICE FISCALE / P.IVA	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>
COGNOME (ovvero DENOMINAZIONE SOCIALE)	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
COMUNE DI NASCITA (o stato estero)	<input type="text"/>	PROV	DATA DI NASCITA
DOMICILIO FISCALE O SEDE LEGALE (via, piazza, civico)	<input type="text"/>	COMUNE	PROV
E-MAIL	<input type="text"/>	PEC	<input type="text"/>

DICHIARANTE (compilare solo se diverso dal contribuente)

CODICE FISCALE	<input type="text"/>	Natura della carica	<input type="text"/>
COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
DOMICILIO FISCALE (via, piazza, civico)	<input type="text"/>	COMUNE	PROV

COMUNICA

di trovarsi nella fattispecie di cui all'art. 8 c.1 sezione IMU del Regolamento IUC, approvato con deliberazione di Consiglio Comunale n. 12 del 25.07.2014, relativamente all'unità immobiliare ubicata in Pabillonis nella Via _____ n. _____ int. _____ piano _____ distinta al catasto urbano al Foglio _____ Mappale _____ Sub. _____ con rendita di € _____

Consapevole:

- che le dichiarazioni mendaci sono punite penalmente ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000;
- che in caso di dichiarazione falsa o non più corrispondente al vero, si decadrebbe immediatamente dall'agevolazione fiscale;

DICHIARA

- che tale unità immobiliare non risulta locata;
- di essere residente, a seguito di ricovero a titolo permanente, presso l'istituto di ricovero o sanitario

_____ ubicato a _____ in Via _____ n. _____ a far data dal _____

SI IMPEGNA

nel caso del venir meno delle condizioni che danno diritto all'agevolazione, a darne comunicazione all'Ufficio Tributi entro 30 giorni dal loro verificarsi.

Il sottoscritto dichiara di aver letto l'informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. n. 196/2003, come da ultimo modificato dal d.lgs. 101/2018.

A tal fine allega la seguente documentazione:

1.;
2.;

Data _____ firma _____