



COMUNE DI MELDOLA
(Provincia di Forlì-Cesena)
UFFICIO TRIBUTI
Piazza Felice Orsini, 29
47014 MELDOLA

IMU - MODULO DI DICHIARAZIONE DI EQUIPARAZIONE AD ABITAZIONE PRINCIPALE DI UNITA' IMMOBILIARE POSSEDUTA A TITOLO DI PROPRIETA' O DI USUFRUTTO DA ANZIANI O DISABILI CHE ACQUISISCONO LA RESIDENZA IN ISTITUTI DI RICOVERO O SANITARI A SEGUITO DI RICOVERO PERMANENTE, A CONDIZIONE CHE LA STESSA NON RISULTI LOCATA (ART. 11 REGOLAMENTO IMU approvato con delibera C.C. n. 34 del 30/07/2020)
(IMMOBILI EQUIPARATI AD ABITAZIONE PRINCIPALE)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
Codice Fiscale: _____

- consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000;
- consapevole di quanto previsto dall'art. 75 del DPR 28/12/2000 n. 445 che prevede la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

D I C H I A R O

di essere residente dal (1) _____, a seguito di ricovero permanente, presso l'Istituto (2)
_____ ubicato nel Comune
di _____ Prov. _____ in Via
_____ n° _____ ;

di essere:

- PROPRIETARIO
- USUFRUTTUARIO
- TITOLARE DEL DIRITTO DI ABITAZIONE
- TITOLARE DEL DIRITTO DI USO

dell'immobile sotto specificato, ubicato nel Comune di Meldola , in
Via _____ n° _____ Int. _____

in cui sono stata/o **residente** fino alla data del ricovero permanente nell'Istituto sopra
indicated;

che l'immobile NON È LOCATO e NON È UTILIZZATO;

DATI CATASTALI DELL'IMMOBILE						
N° progr.	Foglio	Mappale	Subalterno	Cat.	Classe	Rendita
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

DATI CATASTALI DELLE PERTINENZE						
N° progr.	Foglio	Mappale	Subalterno	Cat.	Classe	Rendita
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

- (1) Indicare giorno-mese-anno
(2) Indicare il nome dell'Istituto nel quale è stato effettuato il ricovero;

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

Il sottoscritto dichiara di avere preso visione dell'INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016 (GDPR) che l'Ufficio Tributi ha pubblicato sul sito istituzionale del [Comune di Meldola – Tributi](#)

Data, _____

In fede

(Allegare copia fotostatica del documento di identità del dichiarante)