



CITTA' DI ALBANO LAZIALE
(Città Metropolitana di Roma Capitale)

IMPOSTA MUNICIPALE PROPRIA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER L'APPLICAZIONE DI ALIQUOTA E DETRAZIONI PER
ABITAZIONE PRINCIPALE DI PROPRIETA' DI ANZIANI E DISABILI CHE ACQUISISCONO LA
RESIDENZA IN ISTITUTI DI RICOVERO O SANITARI A SEGUITO DI RICOVERO PERMANENTE**

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
C.F. _____, residente in _____
via _____ n. _____, cap _____ Tel. _____/_____
email _____ pro
prietario/usufruttuario/titolare del diritto d'uso o abitazione/locatario finanziario dei seguenti immobili siti nel Vostro territorio:

pro gres sivo	indirizzo	n .	foglio	particella	sub	Categ.	classe	% possess o	rendita	
										abitazion e
										pertinenz a
										pertinenz a

DICHIARA

ai sensi del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali e della revoca dei benefici previsti per le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi (art.76, D.P.R. 445/2000)

che a decorrere dal ____/____/_____ l'immobile sopra riportato soddisfa le seguenti condizioni:

• risulta vuoto in quanto il sottoscritto, per ragioni di salute, ha acquisito la residenza presso il seguente **istituto di ricovero/sanitario** _____

a seguito di ricovero permanente;

• non è stato concesso in locazione o in altro uso.

Pertanto, ai fini IMU, l'immobile sopra riportato può essere considerato direttamente adibito ad abitazione principale del sottoscritto.

Si allega: copia documento d'identità;

Data e Luogo _____ Firma _____

IL sottoscritto.....*dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del nuovo Regolamento UE 2016/679, direttamente applicato in tutti i Paesi dell'Unione Europea che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Verranno inoltre, ove necessario, trasmessi ai soggetti incaricati dell'attività di supporto nella gestione dei tributi.*

Data _____

Firma _____

