

**Amministrazione destinataria**

Comune di Seregno

**Ufficio destinatario**

Servizio tributi

## Domanda di agevolazione IMU per immobili posseduti a titolo di proprietà o usufrutto da anziani o disabili che hanno acquisito la residenza permanente in istituti di ricovero sanitario

### anno di imposta

**Il sottoscritto**

|                    |                |           |                             |  |                |                               |         |       |       |                              |     |
|--------------------|----------------|-----------|-----------------------------|--|----------------|-------------------------------|---------|-------|-------|------------------------------|-----|
| Cognome            |                | Nome      |                             |  | Codice Fiscale |                               |         |       |       |                              |     |
| Data di nascita    |                | Sesso     | Luogo di nascita            |  | Cittadinanza   |                               |         |       |       |                              |     |
| Residenza          |                |           |                             |  |                |                               |         |       |       |                              |     |
| Provincia          | Comune         | Indirizzo |                             |  | Civico         | Barrato                       | Interno | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Telefono cellulare | Telefono fisso |           | Posta elettronica ordinaria |  |                | Posta elettronica certificata |         |       |       |                              |     |

**in relazione all'immobile**

|   |        |           |         |        |            |            |           |                                 |                              |     |  |
|---|--------|-----------|---------|--------|------------|------------|-----------|---------------------------------|------------------------------|-----|--|
| Particella terreni o Unità imm. urbana  |        | Cod. cat. | Sezione | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura <input type="checkbox"/> |                              |     |  |
| Provincia   | Comune | Indirizzo |         | Civico | Barrato    | Interno    | Scala     | Piano                           | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |  |
| Ulteriori immobili oggetto del procedimento <i>(allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")</i> |        |           |         |        |            |            |           |                                 |                              |     |  |
| il procedimento riguarda <input type="text"/> ulteriori immobili  |        |           |         |        |            |            |           |                                 |                              |     |  |

 **e della seguente pertinenza**

|  |        |           |         |        |            |            |           |                                 |                              |     |  |
|--|--------|-----------|---------|--------|------------|------------|-----------|---------------------------------|------------------------------|-----|--|
| Particella terreni o Unità imm. urbana |        | Cod. cat. | Sezione | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura <input type="checkbox"/> |                              |     |  |
| Provincia                              | Comune | Indirizzo |         | Civico | Barrato    | Interno    | Scala     | Piano                           | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |  |

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

## CHIEDE

di usufruire dell'agevolazione IMU per immobili posseduti a titolo di proprietà o usufrutto da anziani o disabili che hanno acquisito la residenza permanente in istituti di ricovero sanitario

**per**

**Beneficiario**

- se stesso
- per la seguente persona

|                        |                      |                         |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
|------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| <b>Cognome</b>         | <b>Nome</b>          | <b>Codice Fiscale</b>   |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>    |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| <b>Data di nascita</b> | <b>Sesso</b>         | <b>Luogo di nascita</b> | <b>Cittadinanza</b>  |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>    | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| <b>Residenza</b>       | <b>Provincia</b>     | <b>Comune</b>           | <b>Indirizzo</b>     | <b>Civico</b>        | <b>Barrato</b>       | <b>Scala</b>         | <b>Piano</b>         | <b>SNC</b>               | <b>CAP</b>           |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- che l'immobile e le relative pertinenze

- risultano adibite ad abitazione principale

**Titolo**

- proprietà
- usufrutto

- restano a propria disposizione e non locati

- che l'anziano o la persona con disabilità ha usufruito del titolo di proprietà o usufrutto sull'immobile per il seguente periodo

|   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| <b>Dal</b>  | <b>Al</b>            |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| che la residenza è stata spostata presso la seguente casa di cura o di riposo |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| <b>Denominazione</b>  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/>  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| <b>Indirizzo</b>  | <b>Provincia</b>     | <b>Comune</b>        | <b>Indirizzo</b>     | <b>Civico</b>        | <b>Barrato</b>       | <b>Scala</b>         | <b>Piano</b>         | <b>SNC</b>               | <b>CAP</b>           |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

- che l'intestatario della tassa rifiuti è il seguente contribuente

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <b>Cognome</b>       | <b>Nome</b>          |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- ulteriori immobili oggetto del procedimento
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Seregno

Luogo

Data

il dichiarante