



Comune di Vernate

Città Metropolitana di Milano

Tel 02.90.01.32.1 - Fax 02.90.01.32.40
P.E.C.:comune.vernate@pec.regione.lombardia.it
E-Mail:tributi@comune.vernate.mi.it

UFFICIO TRIBUTI

ESENZIONE IMU RESIDENZA IN ISTITUTI DI RICOVERO O SANITARI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____

C.F. _____ TEL. _____

E-MAIL _____ INDIRIZZO P.E.C. _____

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 dicembre 2000,

DICHIARA:

- Di avere diritto all'ESENZIONE prevista per gli immobili posseduti a titolo di proprietà o di usufrutto da anziani o disabili che spostano la RESIDENZA IN ISTITUTI DI RICOVERO O SANITARI a seguito di ricovero permanente, a condizione che l'abitazione rimanga vuota a disposizione dell'anziano o del disabile, che potrebbe in qualunque momento rientrarvi, o dell'eventuale coniuge o figli con lo stesso conviventi.

identificativi dell'**immobile** per cui si chiede l'esenzione:

foglio _____ particella _____ sub _____ cat. _____

identificativi di **pertinenze** per cui spetta l'esenzione (1 per cat.)

Cat. **C/2** foglio _____ particella _____ sub _____

Cat. **C/6** foglio _____ particella _____ sub _____

Cat. **C/7** foglio _____ particella _____ sub _____

l'immobile di cui si chiede l'esenzione è sito in via _____ n. _____

Il DIRITTO all'esenzione DECORRE dal _____

- Allego:** dichiarazione dell'Istituto di Accoglienza attestante l'effettivo ricovero completo di date di ingresso e/o eventuale uscita.
 copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Si autorizza al trattamento dei dati ai sensi del Regolamento UE 679/16 e si dichiara di aver preso visione della relativa informativa disponibile presso gli uffici comunali e sul sito istituzionale www.comune.vernate.mi.it

Il Dichiarante

Vernate, _____
