



Comune di cinisello balsamo

Settore Risorse da Entrate Proprie

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto _____

nato a _____ il ___/___/___

Codice Fiscale (Obbligatorio)

Residenza _____ n. _____ lett. _____ numero
ecografico o interno _____

Località _____ CAP _____ Prov. (____) Tel. _____

come previsto dal *REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA DELL'IMPOSTA MUNICIPALE
PROPRIA* approvato con *Deliberazione di Consiglio Comunale n.17 del 03/05/2012.*

DESCRIZIONE FABBRICATO – (Obbligatorio)

Quota possesso _____ % Sez. _____ Foglio _____ Num. _____ Sub. _____

Indirizzo _____ n. _____ numero ecografico o
interno _____

Contitolare _____

e quota di possesso _____

DICHIARA

per usufruire **del'EQUIPARAZIONE ALL'ABITAZIONE PRINCIPALE** ai fini **I.M.P. 2012**
della propria unità immobiliare posseduta a titolo di proprietà o usufrutto

Di essere residente presso l'Istituto di ricovero o sanitario _____

indirizzo via _____ n. _____
CAP _____ Località _____ Prov. (____)

a seguito di ricovero permanente, e che nell'anno 2012 l'abitazione precedentemente descritta non risulta locata od occupata da altro soggetto.

Autocertificazione prodotta dal Sig. _____

nato a _____ il ____/____/____ e residente a _____

_____ in Via _____

tel. _____ Cod. Fisc. _____

in qualità di _____ del Sig. _____

- DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE POTRANNO ESSERE ESEGUITI CONTROLLI, DIRETTI AD ACCERTARE LA VERIDICITÀ DELLE INFORMAZIONI FORNITE AI SENSI DELL'ARTICOLO 71 DEL D.P.R. N. 445/2000.
- DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE L' EQUIPARAZIONE NON POTRÀ ESSERE RICONOSCIUTA NEL CASO IN CUI VENGANO MENO LE CONDIZIONI PREVISTE NEL PRESENTE DOCUMENTO.

Informativa ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.

Con la sottoscrizione fornisco il mio consenso al trattamento manuale o informatizzato dei dati personali, da parte di questa Amministrazione, per fini istituzionali in modo idoneo a garantire la riservatezza e la sicurezza.

Firma

Cinisello Balsamo, ____/____/____

NOTE: _____

N.B. Si allega la documentazione che comprova quanto dichiarato:

- certificato di ricovero permanente presso le strutture sanitarie.