

**COMUNICAZIONE AI FINI IMU -**

*Applicazione aliquota per abitazione principale per contribuente residente presso istituti di ricovero o sanitari a seguito di ricovero permanente. Art. 11 c. 1 del Regolamento Comunale.*

**Il contribuente:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_

in Via /Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ ;

**Dati del Tutore qualora la presente comunicazione non sia firmata dal contribuente:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ ;

**COMUNICA CHE**

- L'immobile ubicato in \_\_\_\_\_, in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ identificato catastalmente al fg. \_\_\_\_\_ mapp. \_\_\_\_\_ sub \_\_\_\_\_ in quota di proprietà  
o usufrutto pari a \_\_\_\_\_ % e le sue pertinenze di seguito identificate:

C/2 -fg. \_\_\_\_\_ mapp. \_\_\_\_\_ sub \_\_\_\_\_ quota proprietà o usufrutto \_\_\_\_\_ %;

C/6 -fg. \_\_\_\_\_ mapp. \_\_\_\_\_ sub \_\_\_\_\_ quota proprietà o usufrutto \_\_\_\_\_ %;

C/7 -fg. \_\_\_\_\_ mapp. \_\_\_\_\_ sub \_\_\_\_\_ quota proprietà o usufrutto \_\_\_\_\_ %.

- Era adibito a propria abitazione principale prima del ricovero permanente presso l'istituto di  
ricovero o sanitario \_\_\_\_\_ con  
sede in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ presso il quale ha fissato la  
propria residenza, dal \_\_\_\_\_ e che ai sensi del vigente regolamento comunale per  
l'applicazione dell'imposta municipale propria (IMU) applica sullo stesso l'aliquota per  
abitazione principale.

- L'immobile non è locato.

***Si impegna a comunicare entro 60 giorni dal verificarsi, la variazione delle condizioni sopra  
indicate per l'applicazione dell'aliquota per immobili destinati ad abitazione principale.***

\_\_\_\_\_  
Luogo

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma

***Allegato:***

*a) certificazione rilasciata dall'istituto di ricovero o sanitario;*

*b) copia di un documento di identità del soggetto che sottoscrive la presente comunicazione.*