



# COMUNE DI FONTE NUOVA - ICI ANNO \_\_\_\_\_

UFFICIO TRIBUTI

MODULO DI COMUNICAZIONE PER L'APPLICAZIONE DELL'ALIQUOTA RIDOTTA AD  
ABITAZIONI POSSEDUTE DA ANZIANI O DISABILI  
RESIDENTI IN ISTITUTO DI RICOVERO O SANITARI

## CONTRIBUENTE

COGNOME		NOME		
LUOGO DI NASCITA (Comune o stato estero)	PROV.	DATA DI NASCITA	SESSO	
INDIRIZZO RESIDENZA:				
VIA/P.ZA	n.	sc.	int.	CAP
COMUNE (O STATO ESTERO)	PROV.	TELEFONO		
CODICE FISCALE				

## ABITAZIONE SOGGETTA AD IMPOSTA

INDIRIZZO RESIDENZA:				
VIA/P.ZA	n.	sc.	int.	CAP
PERIODO DI POSSESSO (1):	MESI _____	QUOTA DI POSSESSO:	, _____	%
FOGLIO _____	NUMERO _____	SUB _____	CAT. CATASTALE _____	CLASSE _____
RENDITA CATASTALE _____				

## DICHIARA

di aver trasferito, in quanto persona anziana o disabile, la propria residenza a  
a seguito di ricovero permanente in istituto di ricovero o sanitari

## ISTITUTO DI RICOVERO O SANITARIO

NOME DELL'ISTITUTO/CASA DI CURA				
COMUNE	PROV.			CAP
INDIRIZZO:				TELEFONO
VIA/P.ZA				

**CON DECORRENZA DAL** \_\_\_\_\_

e pertanto di aver diritto all'applicazione dell'aliquota ridotta ICI al **5,5 %**.

Il sottoscritto dichiara, altresì:

- o che l'immobile non è utilizzato o lacato (art. 3 comma 56 della Legge 23/12/1996 n. 662)
- o di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000;
- o di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non vere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti alla presentazione della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del DPR n. 445 del 28/02/2000

Si allega : attestazione di degenza rilasciata dall'istituto di ricovero

DATA DI PRESENTAZIONE	FIRMA DEL DICHIARANTE
-----------------------	-----------------------

(1) Il possesso per 15 o più giorni, in un mese, viene considerato per l'intero mese