

**AL COMUNE DI SINALUNGA  
UFFICIO TRIBUTI  
P.ZZA GARIBALDI, 44  
53048 SINALUNGA**

**Oggetto: I.M.U. anno \_\_\_\_\_ – Comunicazione ai fini dell'applicazione dell'aliquota agevolata per abitazione principale da anziani e/o disabili.**

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_ ) e residente in istituto di ricovero/sanitario a  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ (tel. \_\_\_\_\_ ), a  
seguito di ricovero permanente;

**DICHIARA**

- Che dalla data \_\_\_\_\_ è ricoverato presso l'Istituto di ricovero sanitario con sede a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ ;
- di possedere la sola unità immobiliare adibita ad abitazione principale identificata al N.C.E.U. al Fg. \_\_\_\_\_ Part. \_\_\_\_\_ Sub. \_\_\_\_\_ Cat. \_\_\_\_\_ Rendita Catastale €. \_\_\_\_\_ sita in Sinalunga, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, unitamente alla/e seguente/i pertinenza/e in Via \_\_\_\_\_ e identificata al N.C.E.U. :
  - al Fg. \_\_\_\_\_ Num. \_\_\_\_\_ Sub. \_\_\_\_\_ Cat. \_\_\_\_\_ Rendita Catastale €. \_\_\_\_\_
  - al Fg. \_\_\_\_\_ Num. \_\_\_\_\_ Sub. \_\_\_\_\_ Cat. \_\_\_\_\_ Rendita Catastale €. \_\_\_\_\_
  - al Fg. \_\_\_\_\_ Num. \_\_\_\_\_ Sub. \_\_\_\_\_ Cat. \_\_\_\_\_ Rendita Catastale €. \_\_\_\_\_connessa/e o posta in rapporto funzionale con l'abitazione principale e destinata in modo durevole a servizio della suddetta.
- Che l'abitazione sopra descritta non risulta essere locata.

*Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

Sinalunga, lì \_\_\_\_\_

Firma <sup>1)</sup> \_\_\_\_\_

1) Allegare copia del documento di identità in corso di validità;