

| RICHIESTA DI ESENZIONE DALLA TASSAZIONE | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Si richiede l'esenzione per ricovero permanente dell'intestatario presso strutture sanitarie o case di riposo (l'immobile non deve essere locato o occupato in modo saltuario) |
| <input type="checkbox"/> | Si richiede l'esenzione per inidoneità delle unità immobiliari adibite ad abitazione in quanto prive di mobili e suppellettili e contratti attivi di fornitura di servizi pubblici a rete (<i>luce, acqua e gas</i>) |

| COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE | | | NUMERO COMPONENTI: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <small>(da compilarsi se l'intestatario non è residente in comune, o il nucleo familiare non corrisponde a quello iscritto all'anagrafe)</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. COGNOME E NOME | | C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. COGNOME E NOME | | C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. COGNOME E NOME | | C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. COGNOME E NOME | | C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. COGNOME E NOME | | C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. COGNOME E NOME | | C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ALTRI DATI O INFORMAZIONI |
|---------------------------|
| |
| |
| |
| |
| |

| DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE |
|---|
| <input type="checkbox"/> Copia fotostatica di documento di identità e codice Fiscale del dichiarante in corso di validità |
| <input type="checkbox"/> Contratto di Locazione |
| <input type="checkbox"/> Altro (Specificare): |
| <input type="checkbox"/> Altro (Specificare): |

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – D.lgs. 196/2003

Firmando la presente dichiarazione, si dichiara altresì di essere informato ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 che i propri dati saranno trattati dagli uffici esclusivamente nell'istruttoria della dichiarazione presentata e per le finalità strettamente connesse. Il trattamento dei dati avviene sia con strumenti cartacei che informatici e gli stessi potranno essere comunicati a concessionari o altri soggetti pubblici o gestori di pubblici servizi che in base a norme di legge e regolamentari ne possano essere portati a conoscenza

MODALITA' DEI TERMINI DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

o La dichiarazione, sottoscritta dal dichiarante, è presentata direttamente agli uffici comunali o è spedita per posta tramite raccomandata con avviso di ricevimento A.R., o inviata in via telematica con posta certificata o all'indirizzo email ragioneria@comune.scarnafigi.cn.it In caso di spedizione fa fede la data di invio. Qualora sia attivato un sistema di presentazione telematica il Comune provvede a far pervenire al contribuente il modello di dichiarazione e compilato, da restituire sottoscritto con le modalità e nel termine ivi indicati.

La mancata sottoscrizione e/o restituzione della dichiarazione non comporta la sospensione delle richieste di pagamento:

AUTORIZZAZIONE DI INVIO TELEMATICO DELL'AVVISO DI PAGAMENTO

Il sottoscritto **DICHIARATE, AUTORIZZO** il recapito telematico di eventuali comunicazioni o avviso di pagamento all'indirizzo email riportato nella prima pagina nella sezione "INTESTATARIO UTENZA-DICHIARATE", mi impegno inoltre a comunicare tempestivamente la variazione di indirizzo e-mail qualora i dati variassero.

Firma per autorizzazione _____

Data ____ / ____ / ____

Firma del dichiarante