



Città di Novate Milanese

Provincia di Milano

I.U.C. TASI

ANZIANI O DISABILI RESIDENTI IN ISTITUTI DI RICOVERO O SANITARI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ai sensi del D.P.R. n.445/2000

Il /la Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente c/o l'istituto/ricovero: _____

via _____ città _____ prov. _____

telefono _____ codice fiscale _____

proprietario dell'immobile sotto descritto - possesso _____ %

Dichiara sotto la propria responsabilità

che il fabbricato sotto descritto e sue pertinenze non è locato né occupato, ed è a disposizione del sottoscritto come abitazione principale.

Ubicazione immobile: Via _____

Foglio	Mappale	Subalterno	Categoria catastale	Rendita	% possesso

Contitolare: _____ Possesso _____ %

Contitolare: _____ Possesso _____ %

Firma

Data _____

Informativa trattamento dati personali

Ai sensi del D.Lgs 196/03 i dati personali saranno oggetto di trattamento da parte del Comune di Novate Milanese per il perseguimento delle finalità istituzionali per le quali i dati sono stati forniti. Il trattamento sarà effettuato mediante supporti cartacei e strumenti informatici. Il titolare del trattamento dei dati è il Sindaco del Comune di Novate Milanese.