



**NUOVO
CIRCONDARIO
IMOLESE**

finanziaria e tributi

Al Nuovo Circondario Imolese
Ufficio Tributi Associato – Polo Ovest
Sede Comune di Medicina

OGGETTO: RICHIESTA DI RIDUZIONE IMU PER INAGIBILITÀ - INABITABILITÀ DI FABBRICATI

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

c.f. _____

residente in _____

via/piazza _____

recapito telefonico _____ email _____

C H I E D E

di potere usufruire della riduzione del 50% dell'IMU dovuta per i
fabbricati di proprietà ubicati nel Comune di Medicina
(ai sensi dell'art. 14 comma 1 lett. b del Regolamento della nuova IMU)

in via _____ n° _____,

iscritto/i nei registri catastali al foglio _____, mapp. _____, sub. _____

per inagibilità o inabitabilità del/i fabbricato/i, di fatto non utilizzato/i, per:

- degrado fisico sopravvenuto (fabbricato diroccato, pericolante, fatiscente e simile),

superabile non con interventi di manutenzione ordinaria o straordinaria, bensì con interventi di restauro e risanamento conservativo e/o ristrutturazione edilizia.

IL DICHIARANTE

Li, _____
(Firma)

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI: I dati personali contenuti nel seguente modello verranno utilizzati dall'Ufficio Tributi Associato del Nuovo Circondario Imolese, per l'aggiornamento delle proprie banche dati fiscali e trattati con l'ausilio di mezzi informatici. Tutte le operazioni sui dati saranno effettuate nel rispetto delle disposizioni di cui alla L. 31/12/1996 n. 675 e ss.mm.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(RESA AI SENSI DELL'ART. 47 DEL P.D.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Ai Nuovo Circondario Imolese
Ufficio Tributi Associato – Polo Ovest
Sede Comune di Medicina

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via _____ n° _____

c.f. _____

a corredo della istanza di RIDUZIONE IMU

consapevole della decadenza dei benefici e della responsabilità penale stabiliti dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 nei confronti di chi formula dichiarazioni false o mendaci,

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

Che il/i Fabbricato/i di proprietà ubicati a Medicina in via _____ n° _____,

iscritto/i nei registri catastali al foglio _____, mapp. _____, sub. _____

è/sono inagibile/i o inabitabile/i e di fatto non utilizzato/i per:

- o degrado fisico sopravvenuto (fabbricato diroccato, pericolante, fatiscente e simile),

superabile non con interventi di manutenzione ordinaria o straordinaria, bensì con interventi di restauro e risanamento conservativo e/o ristrutturazione edilizia.

IL TECNICO ABILITATO INCARICATO DALLA PROPRIETÀ'

Li, _____

IL CONTRIBUENTE

Li, _____

ALLEGARE fotocopia di un documento di riconoscimento valido e, se possibile, fotografie e/o documentazione comprovante lo stato di inagibilità o inabitabilità e non utilizzo dell'immobile.

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI: I dati personali contenuti nel seguente modello verranno utilizzati dall'Ufficio Tributi Associato del Nuovo Circondario Imolese, per l'aggiornamento delle proprie banche dati fiscali e trattati con l'ausilio di mezzi informatici. Tutte le operazioni sui dati saranno effettuate nel rispetto delle disposizioni di cui alla L. 31/12/1996 n. 675 e ss.mm.