

AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI OTRANTO

Ufficio Tributi
Via Basilica, 10
73028 - OTRANTO

AUTOCERTIFICAZIONE
dei requisiti per l'applicazione della detrazione fissa ai fini TASI anno 2014
(ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a

Cognome e nome ovvero denominazione o ragione sociale e natura giuridica			Codice fiscale	
nato/a	il	Residente in	Via	
	/ /			

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Di essere proprietario/usufruttuario o altro..... dell'immobile:

Dati catastali:	Foglio:	Num/Part.:	Sub:	Cat.	Rendita Catastale €	Quota possesso: %
Indirizzo						n. civ.

Indicare eventuale/i pertinenza/e dell'immobile sopra citato, appartenente esclusivamente alle categorie catastali C/2, C/6 e C/7:

Dati catastali:	Foglio:	Num/Part.:	Sub:	Cat.	Rendita Catastale €	Quota possesso: %
Dati catastali:	Foglio:	Num/Part.:	Sub:	Cat.	Rendita Catastale €	Quota possesso: %

COMUNICA

i requisiti per l'applicazione della detrazione fissa pari ad € 50,00 ai fini TASI prevista per l' anno 2014 dal Comune di Otranto (Deliberazione Consiglio Comunale n. 21 del 28/08/2014):

Abitazione occupata da nucleo familiare in cui è presente un portatore di handicap, titolare di indennità di accompagnamento o pensione di inabilità per invalidi civili al 100%, residente e dimorante nell' immobile:

Cognome, Nome, Data e Luogo di nascita del soggetto invalido:

.....
.....

Abitazione occupata da famiglia con almeno tre figli residenti nell'immobile il cui nucleo familiare possiede un solo immobile, con annesso pertinenze, su tutto il territorio nazionale:

Cognome, Nome, Data e Luogo di nascita dei figli residenti:

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....

Note.....

.....

Dichiara inoltre di essere a conoscenza delle norme penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, cui va incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso e che decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000).

Unitamente alla presente si allega copia di un documento di identità del sottoscrittore e, in caso di invalido, copia del certificato di invalidità rilasciato dalla Commissione Medica della ASL.

Otranto, ___/___/_____

Firma del / la dichiarante per esteso e leggibile)