

Il presente modulo può essere inoltrato come segue:  
- consegna a mano c/o URP piano Terra  
- invio per Pec: [comune.castelmaggiore@pec.renogalliera.it](mailto:comune.castelmaggiore@pec.renogalliera.it)  
- invio per fax al n. 051 – 6386800

TASI10

Spett.le **SERVIZIO TRIBUTI**  
CITTÀ DI CASTEL MAGGIORE

## **COMUNICAZIONE TASI QUOTA OCCUPANTE (10%)** **CESSAZIONE**

(Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà - art.47, comma 1 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

IO SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

NATO/A IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ INT. \_\_\_\_\_

TELEFONO ☎ \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Per la ditta  
contribuente \_\_\_\_\_

CON SEDE IN VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TELEFONO ☎ \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

a conoscenza che, ai sensi degli artt. 75, comma 1 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni false accertate dall'Amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza immediata dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera;

**DICHIARO LA CESSAZIONE DELL'OCCUPAZIONE AI FINI TASI**

Con decorrenza dal .....

Per i seguenti immobili:

Categoria	Foglio	Numero	Subalterno	Indirizzo
<b>Proprietari</b> (indicare nominativo/ragione sociale) :				

Da parte del seguente occupante:

Occupante	Codice Fiscale	Contratto Nr	Registrato il	Data risoluzione contratto

**NOTE**

---

---

---

---

Dichiaro di essere informato, ai sensi e agli effetti di cui all'art. 13 del 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.

FIRMA del dichiarante<sup>(1)</sup>

DATA

.....L'.....

.....

**Pro memoria per contribuente:**

- (1) la firma non va autenticata; se il presente modello viene presentato direttamente, la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a riceverla. Se il presente modello viene trasmesso tramite fax, posta o proprio incaricato, la firma, perché sia ritenuta valida, deve allegare copia fotostatica del proprio documento di riconoscimento.

A cura del funzionario Comunale:

Modalità di identificazione: .....

Annotazioni: .....

.....

IL DIPENDENTE ADDETTO