

**COMUNE DI BUSSERO**  
UFFICIO TRIBUTI

**IMPOSTA UNICA COMUNALE (IUC)**

**DICHIARAZIONE TASI per l'anno 2015**

*(prodotta ai sensi dell'articolo 1, commi 684-688  
della legge n. 147/2013 e del relativo regolamento comunale)*

DATI DEL CONTRIBUENTE <i>(compilare sempre)</i>				
Cognome		Nome		
Comune o stato estero di nascita	Prov.	Data di nascita / /	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Residenza				
Comune		CAP	PROV.	
Via/Piazza	Num. /	Scala	piano	Int.
Codice Fiscale	Tel.		Email	

DATI DEL DENUNCIANTE <i>(se diverso dal contribuente)</i>				
Cognome		Nome		
In qualità di <i>(specificare esempio: coniuge ecc.)</i>				
Comune o stato estero di nascita	Prov.	Data di nascita / /	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Residenza				
Comune		CAP	PROV.	
Via/Piazza	N.	Scala	Int.	
Codice Fiscale	Tel.		Mail	

Elenco dei **contitolari residenti** con il contribuente *principale* dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Cognome e nome	Codice Fiscale	% possesso	Relazione di parentela

Note: .....

ORIGINARIA       DI VARIAZIONE

DECORRENZA	TITOLO DI OCCUPAZIONE
<b>DAL</b> ...../...../..... <b>AL</b> ...../...../.....	<input type="checkbox"/> <i>proprietà</i> <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> <i>altro diritto reale di godimento</i></span> <input type="checkbox"/> <i>altro</i> (specificare: ..... )

DESCRIZIONE <sup>1</sup> - Via	Foglio	Particella	Subalterno	% possesso	Rendita
1					€.....
2					€.....
3					€.....
4					€.....

**ALTRI CONTITOLARI non residenti negli immobili sopra indicati:**

- Sig. .... c.f. .... Quota % .....
- Sig. .... c.f. .... Quota % .....
- Sig. .... c.f. .... Quota % .....

**CASISTICHE PARTICOLARI:**

- Abitazione al progr. .... con presenza di portatore di handicap ai sensi della **Legge 104/1992** - come da documentazione allegata - ;
- Abitazione al progr. ....; pertinenza dell'abitazione principale al progr..... data/e in **comodato** uso gratuito a ..... in qualità di ..... (specificare: *genitore / figlio*) dal giorno ..... al giorno.....
- Abitazione al progr. ....; pertinenza dell'abitazione al progr..... di **anziani** o disabili che acquisiscono la residenza in **istituti di ricovero** o sanitari a seguito di ricovero permanente, a condizione che la stessa non risulti locata dal ..... al ..... - come da documentazione allegata - ;

Note: **Pagamento TASI effettuato al .....% a nome del sottoscritto**.....

Si attesta di essere a conoscenza che il venir meno delle condizioni per l'applicazione della tariffa ridotta comporta l'obbligo di denuncia entro il 30 giugno dell'anno successivo al verificarsi dell'evento e che quanto dichiarato può essere controllato dall'ufficio, con recupero del dovuto per tassa, sanzioni ed interessi.

Si dichiara che le indicazioni riportate sono rispondenti a verità.

Documento d'identità .....

Firma .....

Data .....

<sup>1</sup> Specificare se abitazione, box, ecc.