Comune di Trasacco (AQ)

Piazza Mazzini - c.a.p. 67059
TEL. 0863/931120 FAX 0863/931240
C.F. 00167260660
E-Mail info@comune.trasacco.aq.it

Al responsabile Uff. Tributi del Comune di Trasacco

| DENUNCIA T.A.R.S.U. PER ABITAZIONE |

La/Il sottoscritto/a.....

Nato/a .....Il .....

Residente a ..... Via ..... N° .....

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Tel. .....

In qualità di: ☐ Proprietario ☐ Affittuario

Dichiara

Di occupare i seguenti locali ad uso abitazione

Indirizzo.....Tot Mq .....

Tipo di utilizzo .....

E che il calpestio è così diviso:

Abitazione *(Mq)*.....

Autorimessa *(Mq)*.....

Cantina *(Mq)*.....

Mansarda *(Mq)*.....

Dichiara

Che gli altri abitanti dell'abitazione coobbligati al pagamento della tassa sono:

(Nome e cognome) .....

(Luogo e data di nascita).....

(Nome e cognome) .....

(Luogo e data di nascita).....

(Nome e cognome) .....

(Luogo e data di nascita).....

(Nome e cognome) .....

(Luogo e data di nascita).....

Dichiaro di essere informato che i dati personali saranno trattati, e ne autorizzo la raccolta degli stessi, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96. Dichiaro inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni false o non veritiere, così come richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Trasacco lí, ...

Il Dichiarante .....