



COMUNE DI SAONARA

Provincia di Padova
Piazza M. Borgato Soti, 11

Tel. 043/8282535 – 8282534 Fax 049/644662

PORTATORI DI HANDICAP

ACCERTAMENTO REQUISITI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

L'anno....., addìdel mese di.....
io sottoscritto:.....
nato a.....il..... residente a.....
in Via..... n..... C.F.....
il sottoscritto:.....
nato a.....il..... residente a.....
in Via..... n..... C.F.....
familiare del sig.....
nato a il..... C.F.

DICHIARO

ai fini delle agevolazioni previste dall'art. 5, comma 2, del Regolamento disciplinante l'Imposta Comunale sugli immobili:

- di rientrare nella categoria di cui al citato articolo (portatore di handicap grave – invalido civile al 100%).
- che il suddetto sig.
rientra nella categoria di cui al citato articolo (portatore di handicap grave – invalido civile al 100%).

Data

Il Dichiarante

Allego fotocopia di un documento d'identità che sostituisce l'autentica della firma come previsto dalla Legge 15.05.97 n. 127, art. 3 comma 11, così modificato dalla legge 16.06.1998 n. 191.

ESTREMI DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO:

Tipo _____ Numero _____
Rilasciato da _____ il ___/___/___

N.B. BARRARE SOLO LE CASELLE CHE INTERESSANO