

	Amministrazione destinataria Comune di Albairate Ufficio destinatario Ufficio tributi	
--	--	--

Attestazione difficoltà economiche per differimento acconto IMU

Il sottoscritto						
Cognome		Nome		Codice Fiscale		
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza		
Residenza						
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	
in qualità di <small>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</small>						
Ruolo						
Denominazione/Ragione sociale					Tipologia	
Sede legale						
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	CAP
Codice Fiscale			Partita IVA			
Telefono			Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	
dati immobile						
caratteristiche						
<input type="checkbox"/>	terreno					
<input type="checkbox"/>	area fabbricabile					
<input type="checkbox"/>	fabbricato con valore determinato sulla base della rendita catastale					
<input type="checkbox"/>	fabbricato con valore determinato sulla base delle scritture contabili					
<input type="checkbox"/>	abitazione principale					
<input type="checkbox"/>	pertinenza					
<input type="checkbox"/>	immobile non produttivo di reddito fondiario, ai sensi dell'art. 43 del TUIR					
<input type="checkbox"/>	immobile posseduto da soggetto passivo IRES					
<input type="checkbox"/>	immobile locato					
<input type="checkbox"/>	beni merce					
situato in						
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato

Immobile 1							
Tipo (particella terreni o unità immobiliare urbana)	Codice catastale	Sezione	Foglio	Numero	Subalterno	Categoria	
Classe	N. protocollo		Anno		Percentuale di possesso		
					%		

Immobile 2							
Tipo (particella terreni o unità immobiliare urbana)	Codice catastale	Sezione	Foglio	Numero	Subalterno	Categoria	
Classe	N. protocollo		Anno		Percentuale di possesso		
					%		

Immobile 3							
Tipo (particella terreni o unità immobiliare urbana)	Codice catastale	Sezione	Foglio	Numero	Subalterno	Categoria	
Classe	N. protocollo		Anno		Percentuale di possesso		
					%		

Immobile 4							
Tipo (particella terreni o unità immobiliare urbana)	Codice catastale	Sezione	Foglio	Numero	Subalterno	Categoria	
Classe	N. protocollo		Anno		Percentuale di possesso		
					%		

Immobile 5							
Tipo (particella terreni o unità immobiliare urbana)	Codice catastale	Sezione	Foglio	Numero	Subalterno	Categoria	
Classe	N. protocollo		Anno		Percentuale di possesso		
					%		

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

di possedere, alla data della presente dichiarazione, i requisiti previsti dalla delibera del Consiglio Comunale n. 15 del 08/06/2020 per poter usufruire della possibilità di corrispondere la prima rata dell'IMU relativa al 2020 entro il 30/09/2020, senza applicazioni di sanzioni ed interessi, in particolare

<input type="radio"/>	cessazione del rapporto di lavoro subordinato, con attualità dello stato di disoccupazione
	pertanto allega copia della lettera di licenziamento o documentazione attestante le dimissioni da lavoro per giusta causa (in caso di contratto a tempo indeterminato) o copia del contratto, nonché eventuali comunicazioni interruttrive del rapporto (in caso di contratto a tempo determinato)
<input type="radio"/>	cessazione del rapporto di lavoro di cui all'articolo 409, numero 3), del codice di procedura civile, con attualità dello stato di disoccupazione
	pertanto allega copia del contratto, nonché eventuali comunicazioni interruttrive del rapporto
<input type="radio"/>	sospensione dal lavoro per almeno 30 giorni lavorativi consecutivi, con attualità dello stato di sospensione
	pertanto allega (barrare l'ipotesi di interesse):
<input type="checkbox"/>	copia del provvedimento amministrativo di autorizzazione dei trattamenti di sostegno del reddito
<input type="checkbox"/>	copia della richiesta del datore di lavoro di ammissione al trattamento di sostegno al reddito
<input type="checkbox"/>	copia della dichiarazione del datore di lavoro, resa ai sensi del D.P.R. n. 445 del 2000, che attesti la sospensione dal lavoro per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore, con l'indicazione del numero di giorni lavorativi consecutivi di sospensione
<input type="radio"/>	riduzione dell'orario di lavoro per un periodo di almeno 30 giorni lavorativi consecutivi, corrispondente ad una riduzione almeno pari al 20% dell'orario complessivo con attualità della riduzione di orario
	pertanto allega (barrare l'ipotesi di interesse):
<input type="checkbox"/>	copia del provvedimento amministrativo di autorizzazione dei trattamenti di sostegno del reddito
<input type="checkbox"/>	copia della richiesta del datore di lavoro di ammissione al trattamento di sostegno al reddito
<input type="checkbox"/>	copia della dichiarazione del datore di lavoro, resa ai sensi del D.P.R. n. 445 del 2000, che attesti la riduzione dell'orario di lavoro per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore, con l'indicazione sia del numero di giorni lavorativi consecutivi di sospensione sia della percentuale di riduzione dell'orario di lavoro. Si attesta, dunque, di essere consapevoli che per i soli eventi di sospensione/riduzione dell'orario di lavoro, la sospensione del pagamento delle rate del mutuo può essere concessa per una durata massima complessiva non superiore a (barrare l'ipotesi di interesse):
<input type="radio"/>	6 mesi, se la sospensione o la riduzione dell'orario di lavoro ha una durata compresa tra 30 giorni e 150 giorni lavorativi consecutivi
<input type="radio"/>	12 mesi, se la sospensione o la riduzione dell'orario di lavoro ha una durata compresa tra 151 giorni e 302 giorni lavorativi consecutivi
<input type="radio"/>	18 mesi, se la sospensione o la riduzione dell'orario di lavoro ha una durata superiore a 302 giorni lavorativi consecutivi
<input type="radio"/>	lavoratore autonomo e libero professionista con riduzione media giornaliera del proprio fatturato rispetto al periodo di riferimento, registrato in un trimestre successivo al 21 febbraio 2020 ovvero nel minor lasso di tempo intercorrente tra la data della domanda e la predetta data, superiore al 33% del fatturato medio giornaliero dell'ultimo trimestre 2019, in conseguenza della chiusura o della restrizione della propria attività operata in attuazione delle disposizioni adottate dall'autorità competente per l'emergenza coronavirus
<input type="radio"/>	lavoratore autonomo con la seguente partita IVA
	Partita IVA
<input type="radio"/>	libero professionista con la seguente partita IVA e il seguente n. iscrizione albo o ordine professionale
	Partita IVA
	Albo/Ordine professionale

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input type="checkbox"/>	copia della documentazione attestante la cessazione del rapporto di lavoro subordinato, con attualità dello stato di disoccupazione
<input type="checkbox"/>	copia della documentazione attestante la cessazione del rapporto di lavoro di cui all'articolo 409, numero 3), del codice di procedura civile, con attualità dello stato di disoccupazione
<input type="checkbox"/>	copia del provvedimento amministrativo di autorizzazione dei trattamenti di sostegno del reddito
<input type="checkbox"/>	copia della richiesta del datore di lavoro di ammissione al trattamento di sostegno al reddito
<input type="checkbox"/>	copia della dichiarazione del datore di lavoro che attesti la sospensione dal lavoro per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore, con l'indicazione del numero di giorni lavorativi consecutivi di sospensione
<input type="checkbox"/>	copia della dichiarazione del datore di lavoro che attesti la riduzione dell'orario di lavoro per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore, con l'indicazione sia del numero di giorni lavorativi consecutivi di sospensione sia della percentuale di riduzione dell'orario di lavoro
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.

Albairate		
Luogo	Data	Il dichiarante