

## ALLEGATO N.1 – A cura di chi occupa l'immobile

### **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 47 D.P.R. 28.12.2000 N. 445 – Art.5 D.L. n.47/2014 convertito in Legge n.80/2014)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

#### **consapevole**

- che, ai sensi dell'art.5 del D.L. 28/03/2014 n.47, convertito con modifiche in Legge n.80/2014, in caso di dichiarazione mendace l'iscrizione anagrafica sarà NULLA, per espressa previsione di legge, con decorrenza dalla data della dichiarazione stessa;
- che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto previsto dall'art.76 D.P.R. n. 445/2000 e che, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. n.445/2000);
- che i dati acquisiti con la presente dichiarazione saranno trattati e conservati dall'Amministrazione nel rispetto del Regolamento Europeo n.679/2016 e del decreto legislativo del 30 giugno 2003, n.196, per il periodo necessario allo sviluppo dell'attività amministrativa correlata;

Ai fini della richiesta di  iscrizione anagrafica –  cambio di abitazione nel Comune di MEDICINA, presso l'immobile sito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, relativa alla mia persona ed ai seguenti famigliari/conviventi:

Cognome Nome	Rapporto di parentela
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

#### **DICHIARA**

**Di NON occupare abusivamente l'immobile suddetto e di avere il seguente titolo per fare istanza di residenza:**

- proprietario** al  100% oppure al  \_\_\_\_\_%
- usufruttuario** al  100% oppure al  \_\_\_\_\_%
- intestatario di contratto di locazione** regolarmente registrato presso l'Agenzia delle Entrate di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ al N° \_\_\_\_\_;
- intestatario di contratto di comodato gratuito** regolarmente registrato presso l'Agenzia delle Entrate di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ al N° \_\_\_\_\_;
- altro:** \_\_\_\_\_

Luogo e data	Il dichiarante - FIRMA

#### **Documenti da allegare:**

- copia documento d'identità del dichiarante
- se la dichiarazione è firmata digitalmente: non occorre allegare copia documenti d'identità

#### **Modalità per presentare il modulo della dichiarazione sostitutiva al Comune:**

- Consegna a mano: direttamente all'ufficio Anagrafe durante la pratica di residenza oppure all'ufficio URP, Via Libertà 103, piano terra;
- Spedizione via posta, Raccomandata con Avviso di Ricevimento, all'indirizzo Comune di Medicina, Via Libertà 103, cap.40059;
- Trasmissione via fax al numero 0516979255 oppure 0516979222;
- Trasmissione via email non certificata all'indirizzo [anagrafe@comune.medicina.bo.it](mailto:anagrafe@comune.medicina.bo.it) - Il documento dovrà essere firmato digitalmente oppure la copia della dichiarazione recante la firma autografa e la copia del documento d'identità del dichiarante dovranno essere acquisite mediante via scanner;
- Trasmissione via posta elettronica certificata (PEC): [anagrafe@pec.comune.medicina.bo.it](mailto:anagrafe@pec.comune.medicina.bo.it)