



IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A
_____ PROV. _____ IL ____/____/____ RESIDENTE A
_____ PROV. ____ VIA/PIAZZA _____
_____ N. ____ CAP _____
TEL _____ CELL _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76 del DPR 445/2000,

DICHIARA

DI AVER PERNOTTATO DAL _____ AL _____ PRESSO LA
STRUTTURA RICETTIVA _____:

- Per effettuare terapie presso la struttura sanitaria _____ DAL _____ AL _____; (1)
- In qualità di accompagnatore del sig. _____ che effettua terapie presso la struttura sanitaria _____ DAL _____ AL _____; (1)
- Per effettuare assistenza al sig. _____ che è degente presso la struttura sanitaria _____ DAL _____ AL _____; (1)
- In qualità di autista di pullman o accompagnatore turistico che presta attività di assistenza a gruppi organizzati per conto della ditta _____, con sede in _____
_____ avente il seguente codice fiscale _____
- In qualità di appartenente alle forze di Polizia Statale e locale, nonché al corpo nazionale dei Vigili del Fuoco per esigenze di servizio;
- e di essere portatore di handicap non autosufficiente; (2)
- e di essere accompagnatore del sig. _____ portatore di handicap non autosufficiente; (2)
- In qualità di partecipante ad "educational tour" promossi da enti pubblici o società a maggioranza pubblica; (3)
- e di essere un dipendente della medesima struttura ricettiva e di avervi pernottato per motivi di lavoro.

La presente attestazione è resa in base agli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 e successive modificazioni e consegnata al gestore della struttura.



NOTE: _____

- (1) Va allegata apposita certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria con cui si attesta le generalità del malato o del degente ed il periodo di riferimento delle prestazioni sanitarie o del ricovero;
- (2) Va allegata idonea certificazione medica attestante la condizione di portatore di handicap non autosufficiente;
- (3) Va allegata apposita certificazione rilasciata dall'Ente promotore con cui si attestano le generalità dei partecipanti ed il periodo di durata

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA _____

FIRMA _____