



COMUNE DI SOVICILLE

IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE

da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ Prov. _____

il ___/___/___ residente a _____ Prov. ___ Via/Piazza _____

_____ n° _____ 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 _____

- di essere iscritto all'anagrafe del Comune di Sovicille
- di non aver compiuto il 12° anno di età
- per effettuare terapie presso la struttura sanitaria _____
_____ Via/Piazza _____ dal ___/___/___ al ___/___/___
- in qualità di accompagnatore di _____ degente/sottoposta a
terapie presso la struttura sanitaria _____ Via/Piazza _____
- di essere portatore di handicap non autosufficiente
- in qualità di accompagnatore di portatore di handicap
- in qualità di autista di pullman
- in qualità di accompagnatore turistico
- per motivi di lavoro
- per motivi di studio
- per esigenze di servizio e di appartenere a (Forze dell'ordine, Forze armate, ecc.) _____
- in seguito a (evento calamitoso e di natura straordinaria) _____ per
provvedimento adottato da _____
- in seguito a (evento calamitoso e di natura straordinaria) _____ per
finalità di soccorso

La presente attestazione è resa in base agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 e successive modificazioni e consegnata al gestore della struttura al fine di fruire della esenzione dall'imposta di soggiorno prevista dal Regolamento Comunale.

Allegati: documentazione richiesta e copia di documento di identità.

Data _____

Firma _____

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 consento il trattamento e la diffusione dei dati personali con i mezzi e le modalità in uso presso il Comune, per le finalità proprie e conseguenti al procedimento o al servizio richiesto.

Data _____

Firma _____