

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' ESENZIONE IMPOSTA DI SOGGIORNO

(DA COMPILARE A CURA DELL'OSPITE DELLA STRUTTURA RICETTIVA)

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____

in via _____ n. _____ cap _____

DICHIARA

ai fini dell'esenzione dall'imposta, di aver soggiornato dal _____ al _____ presso
la struttura ricettiva _____

- di essere portatore di handicap non autosufficiente, con idonea certificazione medica;
- di essere accompagnatore di portatore di handicap non autosufficienti (al massimo un accompagnatore);
- di appartenere alla categoria alla Polizia di Stato e locale, alle altre Forze armate, al Corpo nazionale dei vigili del fuoco, al personale sanitario (specificare l'appartenenza _____) e di soggiornare per ragioni di servizio;
- di soggiornare a seguito di provvedimenti adottati da autorità pubbliche per fronteggiare situazioni di emergenza conseguenti a eventi calamitosi o di natura straordinaria e per finalità di soccorso umanitario.

Il sottoscritto ha reso la suddetta dichiarazione consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000. La presente attestazione è resa in base agli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000.

I declare that I have the right to rely on the exemption in question. The undersigned has made the above statement aware of criminal penalties for false and false statements, provided by art. 76 of Presidential Decree 445/2000. This certification is in accordance with art. 46 and 47 of Presidential Decree n. 445 of 2000.

La presente dichiarazione è consegnata al gestore della struttura.

DATA _____

FIRMA _____

(Allegare copia del documento d'identità)