

(da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva e/o titolare della locazione breve)

IMPOSTA DI SOGGIORNO - ATTESTAZIONE PER ESENZIONE
(per i malati e per gli accompagnatori di degenti in strutture sanitarie)

(Regolamento sull'imposta di soggiorno nella città di Capo d'Orlando approvato con delibera del Consiglio Comunale n° 30 del 24 giugno 2022, esecutiva).

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

CAP _____ TEL _____ CELL FAX _____

E-MAIL _____

CODICE FISCALE																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA

AI SENSI DELL'ART. 5, COMMA 2 DEL REGOLAMENTO PER L'APPLICAZIONE DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO NEL COMUNE DI CAPO D'ORLANDO:

- DI AVER PERNOTTATO DAL _____ AL _____ PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA E/O LOCAZIONE BREVE _____ PER _____

FINI DI ASSISTENZA SANITARIA NEI CONFRONTI DI PERSONA RICOVERATA DAL _____ AL _____ PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA _____

VIA/PIAZZA _____

IL SOTTOSCRITTO, SU RICHIESTA DEL COMUNE DI CAPO D'ORLANDO, E' TENUTO A RILASCIARE LE GENERALITÀ' DELLA PERSONA RICOVERATA NONCHÉ' LA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE IL RICOVERO DELLA PERSONA ASSISTITA.

Il sottoscritto ha reso le suddette dichiarazioni, opzioni ed informazioni, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del DPR 445/2000.

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

NOTE:

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA _____

FIRMA _____