*Mod. B – Dichiarazione esenzione*

**IMPOSTA DI SOGGIORNO – DICHIARAZIONE PER ESENZIONE**

*(ART. 5 Regolamento Comunale per l’applicazione dell’Imposta di Soggiorno)*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

*(da conservare originale a cura del gestore della struttura ricettiva ed inviare copia all’Ufficio Tributi del Comune )*

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

Cognome e nome……………………………………………………………………………………………………….

nato/a……………………………………………………il…………………………………………………………….

Codice fiscale……………………………………………………….

Residente a……………………………………………Cap…………in Via………………………………………….

Recapito telefonico……………………………………e-mail…………………………………………………………

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

**al fine di usufruire dell’esenzione dal pagamento dell’imposta di soggiorno,**

**DICHIARA QUANTO SEGUE:**

**di pernottare nel territorio del Comune di Gualdo Cattaneo dal………………………… al………………………**

**presso la struttura ricettiva denominata………………………………………………………………………………**

**di essere**:

 residente nel Comune di Gualdo Cattaneo

 minore di anni 12 (dodici)

 soggetto con disabilità conformemente alle norme

 accompagnatore di soggetto con disabilità

 assistente (\*) del degente Sig………………………………………… C.F…………………………………………

 ricoverato dal ………….. al ……………… presso la struttura denominata………………………………………...

 assistente (\*) del degente Sig………………………………………… C.F…………………………………………

 ricoverato in regime di day hospital dal ………….. al ……………… presso la struttura denominata……………..

 ………………………………..

 degente in regime di day hospital presso la struttura denominata ……………………………………………

per il periodo……………………………………………………..

 ospite di struttura ricettiva collocato con provvedimenti di autorità pubblica emanati a seguito di situazioni di

 emergenza conseguenti a eventi calamitosi o per finalità di soccorso umanitario

 autista di pullman di gruppo turistico

 accompagnatore di gruppo turistico

 personale dipendente della struttura ricettiva per pernottamento occasionale e saltuario

*(\*) possono usufruire dell’esenzione un massimo di 2 persone per paziente*

La presente attestazione è resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni.

Data Firma

Ai sensi e per gli effetti del D.LGS 196 del 30/06/2003 e s.m.i., consento il trattamento e la diffusione dei dati personali con mezzi e modalità in uso presso il Comune, per le finalità proprie e conseguenti al procedimento o al servizio richiesto.

Data Firma

*Allegato: copia del documento di identità del dichiarante.*