COMUNE DI FALCADE

IMPOSTA DI SOGGIORNO

ATTESTAZIONE PER ESENZIONE

((Regolamento sull'imposta di soggiorno del Comune di Falcade approvato con D.C.C. n.16 del 28/04/2012 e successive modifiche)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____

PROV._____ IL _____/_____/_____ RESIDENTE A _____ PROV. ____ VIA/PIAZZA

_____ _____ N. _____ CAP _____ TEL

_____CELL_____ FAX _____

E-MAIL _____

CODICE FISCALE																

DICHIARA

DI AVER PERNOTTATO DAL _____ AL _____ PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA _____ E DI ESSERE ESENTE, AI SENSI DELL'ART. 4 DEL REGOLAMENTO DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO, IN QUANTO:

☐ PORTATORE DI HANDICAP NON AUTOSUFFICIENTE CON IDONEA CERTIFICAZIONE MEDICA (DISABILITY CARD)

Il/La sottoscritto/a 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. n. 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 e consegnata al gestore della struttura.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

NOTE:_____:_____
_____

ALLEGATI:
copia del documento di identità del dichiarante

DATA _____ FIRMA _____