



AL COMUNE DI BELLUNO – UFFICIO TRIBUTI

Fax 0437 913488 - e-mail: impostasoggiorno@comune.belluno.it
pec: belluno.bl@cert.ip-veneto.net

IMPOSTA DI SOGGIORNO ATTESTAZIONE PER ESENZIONE

(accompagnatore/genitore di malati che effettuano terapie o sono ricoverati)

(Art. 4 del Regolamento sull'imposta di soggiorno nel Comune di Belluno approvato con delibera del Consiglio Comunale nr.24 del 27/05/2015)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/AA _____

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

_____ N. ____ CAP _____ TEL _____

CELL _____ FAX _____ E-MAIL _____

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 _____ PER UNO DEI SEGUENTI FINI DI CUI ALL'ART.4 C.2 DEL VIGENTE REGOLAMENTO:

IN QUALITA' DI ACCOMPAGNATORE DI PERSONA AMMALATA (può usufruire dell'esenzione al massimo n.1 accompagnatore per malato), SOTTOPOSTO A:

TERAPIE PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA _____
VIA/PIAZZA _____ DAL _____ AL _____ (art.4 lettera C)

RICOVERO PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA _____
VIA/PIAZZA _____ DAL _____ AL _____ (art.4 lettera D)

IN QUALITA' DI GENITORE O ACCOMPAGNATORE DELEGATO (possono usufruire dell'esenzione al massimo n.2 persone per paziente) DEL MALATO (MINORE DI ANNI 18), RICOVERATO PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA _____
VIA/PIAZZA _____
DAL _____ AL _____ (art.4 lettera E)

La presente attestazione è resa in base agli art. 46 e 47 del D.P.R. nr. 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. nr. 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 _____