



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

(SOGGETTI CHE EFFETTUANO TERAPIE O DAY-HOSPITAL CON PERNOTTAMENTO NELLA STRUTTURA RICETTIVA)
(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/A A _____
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 QUANTO:

- 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)

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 _____