

**IMPOSTA DI SOGGIORNO  
DICHIARAZIONE PER ESENZIONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel.  
\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE

INDICARE ESTREMI DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO O ALLEGARLO  
(NUMERO DEL DOCUMENTO - ENTE E DATA DI RILASCIO)

**DICHIARA**

ai sensi del Regolamento sull'imposta di soggiorno nel Comune di \_\_\_\_\_, di aver pernottato dal  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso la struttura ricettiva denominata  
\_\_\_\_\_ e di poter godere dell'esenzione di pagamento dell'imposta  
di soggiorno per i seguenti motivi:

- assistenza a degenti ricoverati presso strutture sanitarie come da allegata certificazione della struttura stessa (in ragione di un accompagnatore per paziente: nel caso di malati minori di diciotto anni sono esenti entrambi i genitori);
- soggetti che alloggiano in strutture ricettive a seguito di provvedimenti adottati da autorità pubbliche, per fronteggiare situazioni di carattere sociale nonché di emergenza conseguenti ad eventi calamitosi o di natura straordinaria o per finalità di soccorso umanitario;
- volontari che prestano servizio in occasione di calamità, a seguito di dichiarazione/deliberazione dello stato di emergenza/calamità da parte dagli enti competenti o attivazione delle procedure di protezione civile;
- autisti di pullman e accompagnatori turistici che prestano attività di assistenza a gruppi organizzati dalle agenzie di viaggi e turismo (l'esenzione si applica per ogni autista di pullman e per un accompagnatore turistico ogni 25 partecipanti). Specificare nome e sede agenzia \_\_\_\_\_;
- personale appartenente alla Polizia di Stato e alle altre Forze Armate che svolge attività di ordine e sicurezza pubblica, come definita nel Testo Unico di Pubblica Sicurezza R.D. 18 giugno 1931, n. 773, ed al successivo Regolamento di esecuzione di cui al R.D. 6 maggio 1940, n. 635;
- studenti regolarmente iscritti e frequentanti Istituti Scolastici di ogni ordine e grado presenti sul territorio dell'Unione Montana Feltrina. Specificare nome Istituto Scolastico \_\_\_\_\_;
- persone disabili, la cui condizione di disabilità sia evidente e certificata ai sensi della vigente normativa italiana e di analoghe disposizioni dei Paesi di provenienza per i cittadini stranieri e un loro accompagnatore;
- gli operai e tecnici, dipendenti da imprese appaltatrici, impegnati nei lavori pubblici che si eseguono nel territorio del Comune.

Specificare Cognome Nome, luogo e data di nascita dell'esente (in caso di persona diversa dal dichiarante):

Il/La sottoscritto/a 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 D.P.R. 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 D.P.R. 445/2000.

La presente attestazione è resa in base agli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni e consegnata al gestore della struttura.

Dichiara inoltre di essere informato ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento di cui alla presente dichiarazione.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_