

MODELLO 1

IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE (accompagnatore/genitore di persone che effettuano terapie o sono ricoverate, accompagnatore di portatori di handicap non autosufficienti)

(Regolamento sull'imposta di soggiorno nel Comune di Capraia e Limite approvato con deliberazione Consiglio Comunale n. 7 del 28/3/2012)

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:

EFFETTUARE **TERAPIE O DAY-HOSPITAL** PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA _____
_____ VIA/PIAZZA _____ CITTÀ _____
DAL _____ AL _____;

IN QUALITA' DI ACCOMPAGNATORE/GENITORE DI PERSONA (può usufruire dell'esenzione al massimo un accompagnatore per malato), SOTTOPOSTA A:

TERAPIE O DAY-HOSPITAL PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA _____
_____ VIA/PIAZZA _____ CITTÀ _____
DAL _____ AL _____;

RICOVERO PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA _____
VIA/PIAZZA _____ CITTÀ _____ DAL _____
AL _____;

IN QUALITA' DI ACCOMPAGNATORE DI PORTATORE DI HANDICAP NON AUTOSUFFICIENTE (può usufruire dell'esenzione al massimo un accompagnatore).

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 DPR 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.

NOTE: _____

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA _____

FIRMA _____