MODELLO A

Regolamento sull'imposta di soggiorno nel Comune di Ascoli Piceno, approvato con Delibera del Consiglio Comunale n° 105 del 30.12.2024

IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE

(persone che effettuano terapie e/o relativo accompagnatore/genitore, accompagnatore di portatori di handicap non autosufficienti, ai sensi dell'art. 5 comma b e c)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____
IL ____/____/____ RESIDENTE A _____ PROV. ____
VIA/PIAZZA _____ N. ____ CAP ____
TEL/CELL _____ 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
INDIRIZZO: _____

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
INDIRIZZO: _____

DAL _____ AL _____;

RICOVERO PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA _____
INDIRIZZO: _____

DAL _____ AL _____;

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

ALLEGARE CERTIFICAZIONE

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. 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.

NOTE: _____

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA _____

FIRMA _____