



COMUNE DI SAN DONA' DI PIAVE

IMPOSTA DI SOGGIORNO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome) _____
nato a (luogo, prov.) _____ il ____ / ____ / ____
residente a (luogo, prov.) _____ in Via _____ n. ____
telefono _____

CODICE FISCALE																			
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

Di aver pernottato dal _____ al _____ presso la struttura (insegna) _____ e di essere esentato dal pagamento dall'imposta di soggiorno applicata nel territorio comunale di San Donà di Piave, per la seguente casistica prevista all'art. 5 del Regolamento per l'istituzione e l'applicazione dell'imposta di soggiorno:

- soggetto che assiste un degente ricoverato presso strutture sanitarie del territorio di competenza dell'ULSS n. 4 "Veneto orientale"; (in ragione di un accompagnatore per paziente; nel caso di malati minori di diciotto anni sono esenti al massimo due accompagnatori per paziente);
- soggetto che ha effettuato visite mediche, cure o terapie presso strutture sanitarie del territorio di competenza dell'ULSS n. 4 "Veneto orientale".

(da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva per cinque anni)

- Si allega la certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria attestante le generalità del degente o del soggetto che ha effettuato le visite mediche ed il periodo delle prestazioni sanitarie o del ricovero. (oscurando tutti i dati personali di natura sanitaria)
- Si attesta che la dichiarazione è resa in assenza della certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria, per eventuali successive verifiche.

_____ (luogo, data)

Il Dichiarante

Allegato: Copia del documento di identità.