MODULO A
(da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva)

COMUNE DI ZAMBRONE

PROVINCIA DI VIBO VALENTIA
Tel.0963392022-fax 0963392023

IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE

(accompagnatore/genitore di malati che effettuano terapie o sono ricoverati)

(Regolamento sull'imposta di soggiorno nel Comune di Zambrone approvato con delibera del Consiglio Comunale n° 43 del 12/09/2017)

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:

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

- ☐ **TERAPIE** PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA _____ _____ VIA/PIAZZA_____ DAL_____ AL_____;
- ☐ **RICOVERO** PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA _____ _____ VIA/PIAZZA_____ DAL_____ AL_____;

☐ IN QUALITA' DI GENITORE O ACCOMPAGNATORE DELEGATO (possono usufruire dell'esenzione entrambi I GENITORI o n. 1 accompagnatore per paziente) DEL MALATO (MINORE DI ANNI 18), RICOVERATO PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA _____

VIA/PIAZZA_____ DAL_____ AL_____;

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_____