



COMUNE DI ZAMBRONE

PROVINCIA DI VIBO VALENTIA

Tel.0963392022-fax 0963392023

IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE

(soggetti che effettuano terapie o day-hospital con pernottamento nella struttura ricettiva)

(Regolamento sull'imposta di soggiorno nella 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																			
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA

DI AVER PERNOTTATO DAL _____ AL _____ PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA
_____ PER EFFETTUARE:

TERAPIE PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA _____
_____ VIA/PIAZZA _____ DAL _____
AL _____¹;

DAY-HOSPITAL PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA _____
_____ VIA/PIAZZA _____ DAL _____
AL _____¹;

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 _____

¹ ART. 5, DEL REGOLAMENTO SULL'IMPOSTA DI SOGGIORNO NEL COMUNE DI ZAMBRONE¹ ART. 5, DEL REGOLAMENTO SULL'IMPOSTA DI SOGGIORNO NEL COMUNE DI ZAMBRONE