

## IMPOSTA DI SOGGIORNO – DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' PER ESENZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_  
PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_  
VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 sulla responsabilità penale in caso di dichiarazioni mendaci

### DICHIARA

ai fini dell'esenzione dal pagamento dell'imposta, di aver soggiornato dal \_\_\_\_\_

al \_\_\_\_\_ presso la struttura ricettiva \_\_\_\_\_

☐ in qualità di assistente del sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
ricoverato presso la struttura sanitaria \_\_\_\_\_  
(al massimo un accompagnatore).

☐ quale appartenente alla categoria delle forze armate nel corpo di \_\_\_\_\_  
della Polizia Locale di \_\_\_\_\_ o a Vigili del Fuoco di \_\_\_\_\_  
e di aver soggiornato per ragioni di servizio.

☐ per finalità istituzionali, turistiche e sociali del Comune di Jesolo.

☐ quale portatore di handicap.

☐ in qualità di accompagnatore di portatore di handicap non autosufficiente (al massimo un accompagnatore).

☐ quale sottoposto a dialisi presso la struttura sanitaria \_\_\_\_\_

La presente attestazione è consegnata al gestore della struttura.

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_