

ATTESTAZIONE PER ESENZIONE DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO

(Art. 5 comma 1 del Regolamento per l'Imposta di Soggiorno approvato con Deliberazione di C.C. N° 91 23/12/2017)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A _____ PROV. _____ IL ____ / ____ / ____

RESIDENTE _____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____ CAP _____

TEL _____ E-MAIL _____

CODICE FISCALE :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

CONSAPEVOLE CHE CON DELIBERAZIONE DI CONSIGLIO COMUNALE N. 91 DEL 23/12/2017, IL COMUNE DI CASTIGLIONE D'ORCIA HA INTRODOTTTO, A DECORRERE DAL 20/03/2018, L'IMPOSTA DI SOGGIORNO PREVISTA DALL'ART. 4 DEL D. LGS. N. 23/2011;

DICHIARA

DI AVER PERNOTTATO DAL _____ AL _____ PRESSO LA STRUTTURA
RICETTIVA _____

(barrare il caso interessato):

DI ESSERE PORTATORE DI HANDICAP NON AUTOSUFFICIENTE certificata con la seguente documentazione:

DI ESSERE ACCOMPAGNATORE DI PORTATORE DI HANDICAP NON AUTOSUFFICIENTE

IN QUALITÀ DI LAVORATORE DIPENDENTE (pubblico o privato) della ditta:
_____, PER UN PERIODO NON INFERIORE A 6
GIORNI CONTINUATIVI, PER MOTIVI DI SERVIZIO certificati con la seguente documentazione:

A SEGUITO DI PROVVEDIMENTI ADOTTATI DA AUTORITÀ PUBBLICHE, PER FRONTEGGIARE SITUAZIONI DI CARATTERE SOCIALE NONCHÉ DI EMERGENZE CONSEGUENTI AD EVENTI CALAMITOSI O DI NATURA STRAORDINARIA O PER FINALITÀ' DI SOCCORSO UMANITARIO CON RIFERIMENTO ALLA SEGUENTE CIRCOSTANZA:

IN QUALITÀ DI VOLONTARIO CHE PRESTA SERVIZIO IN OCCASIONE DELLA SEGUENTE CALAMITÀ' :

IN QUALITA' DI PERSONALE APPARTENENTE ALLA POLIZIA DI STATO E ALLE ALTRE FORZE ARMATE CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI ORDINE E SICUREZZA PUBBLICA, COME DEFINITA NEL TESTO UNICO DI PUBBLICA SICUREZZA R.D. 18 GIUGNO 1931, N. 773, ED AL SUCCESSIVO REGOLAMENTO DI ESECUZIONE DI CUI AL R.D. 6 MAGGIO 1940, N. 635.

Il sottoscritto ha reso le suddette dichiarazioni, opzioni ed informazioni, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione, come previsto dall'art. 75 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.

Informativa ex art. 13 D. Lgs. N. 196/2003 per il trattamento dei dati personali

In osservanza di quanto disposto dall'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, il Comune di Castiglione d'Orcia, in qualità di soggetto giuridico Titolare e Responsabile del trattamento dei dati personali, La informa che i dati da Lei forniti verranno trattati, anche con strumenti informatici, nei limiti della normativa per l'esclusiva finalità di cui al presente procedimento. Il gestore della struttura ricettiva ha l'obbligo di conservare per cinque anni tale dichiarazione, al fine di rendere possibili i controlli tributari da parte del Comune di Castiglione d'Orcia, che agisce quale titolare del trattamento dei dati in essa contenuti. Nell'ambito del trattamento medesimo Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.

_____ Per Presa Visione _____
(luogo e data)

NOTE _____

Allegati: copia del documento d'identità del dichiarante in corso di validità

DATA _____ FIRMA _____