



# IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE

(accompagnatore/genitore di malati che sono in trattamento day-hospital o sono ricoverati)

(Regolamento sull'imposta di soggiorno nel comune di Sesto Fiorentino approvato con delibera del Consiglio Comunale n° 3 del 17/01/2012)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

<b>CODICE FISCALE</b>																	
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 \_\_\_\_\_

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

☐ IN QUALITA' DI GENITORE O ACCOMPAGNATORE DELEGATO (possono usufruire dell'esenzione al massimo n. 2 persone per paziente) DEL MALATO (MINORE DI ANNI 18),

PER UNO DEI SEGUENTI FINI:

☐ **TRATTAMENTO DAY-HOSPITAL** PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_

AL \_\_\_\_\_<sup>1</sup>;

☐ **RICOVERO** 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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> ART. 3, COMMA 2 DEL REGOLAMENTO SULL'IMPOSTA DI SOGGIORNO