



IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE

(soggetti che sono in trattamento day-hospital con pernottamento nella struttura ricettiva)

(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 _____

CODICE FISCALE																	
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA

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

- **TRATTAMENTO** **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. 3, COMMA 2 DEL REGOLAMENTO SULL'IMPOSTA DI SOGGIORNO