



AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELL'ESENZIONE DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO
(Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46-47 del D.P.R. 445/2000 nonché dell'art. 6 del Regolamento comunale per l'imposta di soggiorno)

IL/LASOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ PROV. _____

IL ____ / ____ / ____ RESIDENTE A _____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____ CAP. _____

TEL. _____ CELL. _____

E.MAIL: _____

CODICE FISCALE*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* N.di passaporto o altro documento di identificazione (solo nel caso di cittadino straniero)

DICHIARA

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

E DI TROVARSI IN UNO DEI CASI DI ESENZIONE DI CUI ALL'ART. 8 DEL
REGOLAMENTO COMUNALE PER L'IMPOSTA DI SOGGIORNO,

E PRECISAMENTE (barrare la casella appropriata):

Residenti nel Comune di NOLI

di accompagnare, sotto la propria responsabilità, i seguenti **minori** di anni 12: (specificare codice fiscale o n. di passaporto o altro documento di identificazione se trattasi di cittadini stranieri)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

(nel caso in cui il numero dei minori sia superiore al numero di righe allegare elenco nominativi).

di essere un Familiare/Affine/altro accompagnatore di un **ricoverato** nelle strutture sanitarie del territorio comunale o della Provincia di Savona, (specificare in quale struttura sanitaria)

Lavoratori della struttura non residenti nel Comune di NOLI

Volontari in occasione di emergenze ambientali

Persone ospitate su disposizione dell'Autorità Pubblica in situazioni di emergenza

Persone che praticano terapie riabilitative presso strutture sanitarie site nel territorio comunale o della Provincia di Savona;

Persone che assistono degenti ricoverati in site nel territorio comunale o della Provincia di Savona (una per paziente)

Genitore/i di un minore di 18 anni che pratica una terapia riabilitativa o che è degente in una struttura sanitaria sita nel territorio comunale o della Provincia di Savona;

Autista di pullman e/o accompagnatore turistico, che presta attività di assistenza a gruppi organizzati (min. 20 persone)

di essere persona con **disabilità** o suo accompagnatore.

Personale appartenente alle Forze dell'Ordine, nonché al corpo nazionale dei vigili del fuoco che soggiornano per esigenze di servizio;

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 DPR 445 del 2000 e successive modificazioni e consegnata al gestore della struttura.

NOLI , li

FIRMA DEL DICHIARANTE
