



**AL COMUNE DI BELLUNO – UFFICIO TRIBUTI**

Fax 0437 913488 - e-mail: [impostasoggiorno@comune.belluno.it](mailto:impostasoggiorno@comune.belluno.it)

pec: [belluno.bl@cert.ip-veneto.net](mailto:belluno.bl@cert.ip-veneto.net)

**IMPOSTA DI SOGGIORNO ATTESTAZIONE PER ESENZIONE**

(Art. 4 del Regolamento sull'imposta di soggiorno nel Comune di Belluno approvato con delibera C.C. nr. 24 del 27/05/2015 e aggiornato con delibera C.C. nr. 52 del 27/12/2019)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

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

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ VIA/P.ZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ CEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

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

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 \_\_\_\_\_ PER UNO DEI SEGUENTI FINI DI CUI ALL'ART.4 C.2 DEL VIGENTE REGOLAMENTO, IN QUANTO:

**TERAPIE** PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA \_\_\_\_\_ VIA/P.ZZA \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (art.4 lettera C)

**RICOVERO** PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA \_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (art.4 lettera D)

IN QUALITA' DI **ACCOMPAGNATORE** DI PERSONA AMMALATA (può usufruire dell'esenzione al massimo n.1 accompagnatore per malato), SOTTOPOSTO A:

**TERAPIE** PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA \_\_\_\_\_ VIA/P.ZZA \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (art.4 lettera C)

**RICOVERO** PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA \_\_\_\_\_ VIA/P.ZZA \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (art.4 lettera D)

IN QUALITA' DI GENITORE O ACCOMPAGNATORE DELEGATO (possono usufruire dell'esenzione al massimo n.2 persone per paziente) DEL MALATO (MINORE DI ANNI 18), RICOVERATO PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA \_\_\_\_\_ VIA/P.ZZA \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (art.4 lettera E)

PORTATORE DI DISABILITA' (evidente o certificata ai sensi della vigente normativa italiana o straniera), (art. 4 lettera F);

ACCOMPAGNATORE DI PERSONA CON DISABILA' (puo usufruire dell'esenzione solo n.1 accompagnatore ), (art. 4 lettera F);

AUTISTA DI PULLMAN  ACCOMPAGNATORE TURISTICO CHE PRESTA ATTIVITA' DI ASSISTENZA A GRUPPI ORGANIZZATI DALLE AGENZIE DI VIAGGIO E TURISMO (possono usufruire dell'esenzione solo n.1 autista e n.1 accompagnatore) (art. 4 lettera G);

APPARTENENTE ALLE FORZE ARMATE E ALLE FORZE DELL'ORDINE, NONCHE' AL CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO E ALLA PROTEZIONE CIVILE CHE PERNOTTA PER ESIGENZE DI SERVIZIO (art. 4 lettera H);

STUDENTE ISCRITTO O FREQUENTANTE ISTITUTO SCOLASTICO DI OGNI ORDINE E GRADO PRESENTE SUL TERRITORIO COMUNALE  GENITORE DELLO STUDENTE MINORENNE (art. 4 lettera I);

**VOLONTARI CHE OFFRONO IL PROPRIO SERVIZIO IN CITTA' IN OCCASIONE DI EMERGENZE AMBIENTALI** (art. 4 lettera j introdotta dal Reg.IS a decorrere dal 01°/04/2020).

## Modulo E – esenzione

La presente attestazione è resa in base agli art. 46 e 47 del D.P.R. nr. 445 del 2000 e successive modificazioni e consegnata al gestore della struttura.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. nr. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

NOTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ALLEGATI:

copia del documento di identità del dichiarante ed eventuale certificazione della struttura sanitaria interessata nei casi Art. 4 lettere C e D.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_