



MODULO B

IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE

(Regolamento sull'imposta di soggiorno nel Comune di Palaia approvato con deliberazione del Consiglio Comunale n° 10 del 19.04.2013)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A NATO/A A PROV.
 IL / / RESIDENTE A PROV. VIA/PIAZZA
 N. CAP TEL CELL. FAX
 E-MAIL

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 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
DENOMINATA:
POSTA IN PALAIA VIA/LOC. N. PER UNO
DEI SEGUENTI FINI:

IN QUALITA' DI ACCOMPAGNATORE DI PERSONA PORTATRICE DI HANDICAP NON AUTOSUFFICIENTE,
COME DA CERTIFICAZIONE MEDICA ALLEGATA;

Generalità del soggetto portatore di handicap:

NOME COGNOME NATO/A A
 PROV. IL / / RESIDENTE A
 PROV. VIA/PIAZZA N.
 CAP TEL

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|

IN QUALITA' DI ACCOMPAGNATORE DI PERSONA SOTTOPOSTA A RICOVERO PRESSO LA STRUTTURA
SOCIO-SANITARIA SITA IN

VIA N., DAL GIORNO / / AL
GIORNO / /

Generalità del soggetto ricoverato:

NOME COGNOME NATO/A A
..... PROV. IL/...../..... RESIDENTE A
..... PROV. VIA/PIAZZA
..... N. CAP TEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|

- IN QUALITA' DI AUTISTA DI PULLMAN / ACCOMPAGNATORE (cancellare la voce che non interessa) CHE PRESTA ATTIVITA' DI ASSISTENZA A GRUPPI ORGANIZZATI DI TURISTI. L'esenzione si applica per ogni autista e per un accompagnatore ogni venti turisti;
- IN QUALITA' DI PERSONALE DIPENDENTE DELLA GESTIONE DELLA STRUTTURA RICETTIVA;
- IN QUALITA' DI OSPITE ISTITUZIONALE DEL COMUNE DI PALAIA;
- IN QUALITA' DI SOGGETTO CHE ALLOGGIA IN STRUTTURE RICETTIVE A SEGUITO DI PROVVEDIMENTI ADOTTATI DA AUTORITÀ PUBBLICHE, PER FRONTEGGIARE SITUAZIONI DI EMERGENZA CONSEGUENTI A EVENTI CALAMITOSI O DI NATURA STRAORDINARIA O PER FINALITÀ DI SOCCORSO UMANITARIO;
- IN QUALITA' DI PERSONALE APPARTENENTE ALLA POLIZIA DI STATO E ALLE ALTRE FORZE ARMATE, (specificare) CHE SI TROVA A SVOLGERE ATTIVITÀ DI ORDINE E SICUREZZA;
- IN QUALITA' DI AUTISTA DI DIPENDENTE / STUDENTE (cancellare la voce che non interessa) CHE SI TROVA A SOGGIORNARE IN RAGIONE DEL LAVORO O DELLA SCUOLA FREQUENTATA.

Specificare)

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'articolo n. 76 del DPR n. 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'articolo n. 75 del DPR n. 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.

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante;
copia certificazione medica relativa alla persona portatrice di handicap.

Informativa Privacy ai sensi degli art. 13 del GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679

Informiamo che il trattamento dei dati personali forniti o comunque acquisiti è finalizzato alla gestione della presente Richiesta/Denuncia. I dati raccolti sono comunicati al personale dell'Unione Valdera, del comune di Capannoli e del comune di Palaia, coinvolto nel suddetto procedimento e alle eventuali parti terze coinvolte; Il Titolare del trattamento è l'Unione dei Comuni della Valdera Via Brigate Partigiane n. 4, Pontedera. Il Responsabile del trattamento cui può rivolgersi per l'esercizio dei suoi diritti è il dirigente dell'Area Affari Generali, tel. 0587-299.560 – mail. info@unione.valdera.pi.it. Il Responsabile della protezione dei dati è l'avv. FLAVIO CORSINOVI contattabile tramite mail all'indirizzo protezionedati@unione.valdera.pi.it. Per informativa integrale visitare la sezione "Protezione dei dati personali" sul sito dell'Unione Valdera (link diretto <http://www.unione.valdera.pi.it/protezione-dati-personali/3117>)

DATA ____/_____.____/_____

FIRMA _____