

MODULO B

IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE

(Regolamento sull'imposta di soggiorno nella città di Palaia approvato con deliberazione del Consiglio Comunale n° 51 del 19/04/2022)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A _____

PROV. ___ IL ___ / ___ / ___ RESIDENTE A _____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____ CAP _____

TEL _____ CELL. _____ 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 _____

PROV. ___ IL ___ / ___ / ___ RESIDENTE A _____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____ CAP _____

TEL _____ CELL. _____ E-MAIL _____

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

IN QUALITA' DI ACCOMPAGNATORE DI PERSONA SOTTOPOSTA A RICOVERO PRESSO LA STRUTTURA

SOCIO-SANITARIA _____, SITA IN _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____ CAP _____

DAL GIORNO ___/___/___ AL GIORNO ___/___/___

Generalità del soggetto ricoverato:

NOME _____ COGNOME _____ NATO/A _____

PROV. ___ IL ___/___/___ RESIDENTE A _____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____ CAP _____

TEL _____ CELL. _____ E-MAIL _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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'esonazione 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 CONSEQUENTI 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 _____) NELLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ DI ORDINE E SICUREZZA

IN QUALITA' DI AUTISTA / 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. 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 contattabile tramite mail all'indirizzo rpdp@unione.valdera.pi.it. Per informativa integrale visitare la sezione "Protezione dei dati personali" sul sito dell'Unione Valdera (link diretto <https://www.unione.valdera.pi.it/protezione-dati-personali/3117>)

DATA ___/___/___

FIRMA _____