



IMPOSTA DI SOGGIORNO

ATTESTAZIONE DI ESENZIONE

Code: **Esen**
Ed. 03 Rev. 00-04/2019
Pagina: **1 di 1**
Rif.: Doc. Supporto

COMUNE DI

PREGANZIOL (TV)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A			
NATO/A A		PROV	IL
RESIDENTE A		PROV	
IN VIA / PIAZZA		N°	INT. CAP.
TEL.	FAX	CELL.	
E-MAIL			
Codice Fiscale			

- ✓ Consapevole che con deliberazione di Consiglio Comunale n. 17 del 13.06.2013, il Comune di Preganziol ha introdotto, a decorrere dal 01.07.2013 l'imposta di soggiorno prevista dall'art. 4 del d. Lgs. N. 23/2011;
- ✓ Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.p.r. N. 445 del 28 dicembre 2000;

DICHIARA

DI AVER PERNOTTATO PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA DENOMINATA

SITA IN VIA/PIAZZA

N°

INT.

CAP.

DAL GIORNO

AL GIORNO

ED ESENTE DAL PAGAMENTO

DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO (*selezionare la motivazione*):

- Iscritto all'Anagrafe dei **residenti del Comune di Preganziol**;
- Minore di 14 anni** di età;
- Autista di pullman e/o accompagnatore turistico** per attività di assistenza a gruppi organizzati (*Gruppo organizzato: gruppo composto da almeno 20 persone con viaggio organizzato mediante pacchetto turistico predisposto da organizzatore professionale con unica prenotazione*);
- Portatore di handicap non autosufficiente** (*certificato ai sensi della vigente normativa regionale e/o nazionale del paese di provenienza*);
- Gli appartenenti alle Forze dell'Ordine, ai Vigili del Fuoco e agli operatori della Protezione Civile** che pernottano in occasione di eventi di particolare rilevanza per cui sono chiamati ad intervenire nelle nostre città, per esigenze di servizio;
- Malati che effettuano terapie, chi assiste i degenti ricoverati o i malati che effettuano terapie presso strutture sanitarie presso strutture sanitarie site nel Comune** in ragione di un accompagnatore se il paziente è maggiorenne e di un accompagnatore se il paziente è maggiorenne e di due accompagnatori se il paziente è minore (*subordinato alla presentazione al gestore della struttura ricettiva di apposita certificazione della struttura sanitaria, attestante le generalità del malato o del degente ed il periodo di riferimento delle prestazioni sanitarie o del ricovero*)

NOTE:

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA / /

FIRMA _____