



IMPOSTA DI SOGGIORNO
ATTESTAZIONE DI ESENZIONE

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

COMUNE DI

GIOVINAZZO (BA)

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.67 del 28/11/2023, il Comune di Giovinazzo ha introdotto l'imposta di soggiorno dal 01/03/2024 come previsto 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 PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE:

- Iscritti all'Anagrafe** dei residenti del Comune di Giovinazzo;
- Minori** fino al compimento del 14°anno di età;
- Soggetti (max n. 1)** che assistono i degenti ricoverati presso strutture sanitarie del territorio di competenza dell'ASL della prov. di Bari;
- Personale di Polizia di Stato e locale, Forze Armate, Vigili del Fuoco (per esigenze di servizio), Volontari** in occasioni di calamità;
- Coloro** che alloggiano nelle strutture ricettive per far fronte a **finalità strettamente istituzionali, turistiche e sociali** del Comune di Giovinazzo;
- Manifestazioni** organizzate dall'Amministrazione Comunale, Provinciale e Regionale o **per emergenze ambientali**;
- Gli autisti di pullman e gli accompagnatori** turistici che prestano attività di assistenza a gruppi organizzati (almeno 20 persone), mediante pacchetto turistico predisposto da organizzatore professionale con unica prenotazione;
- Portatori di handicap** (beneficiari dell'indennità di accompagnamento) ed un accompagnatore;
- Le persone sottoposte a dialisi** presso le strutture sanitarie del territorio di competenza dell'ASL della provincia di Bari;
- Le persone con età anagrafica superiore a 70 anni**, ovvero dal giorno del compimento di anni 70

NOTE:

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA ____/____/____

FIRMA _____