



COMUNE DI SINALUNGA
- Provincia di Siena -

IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE

(soggetti che assistono degenti ricoverati presso strutture sanitarie in ragione di due accompagnatori per paziente, del territorio Comunale e degli ospedali di Siena, Arezzo, Fratta, Nottola e di quelli della Società della Salute dell'Amiata Val d'Orcia, nonché dell'APSP "Istituto Redditi")

(Regolamento sull'imposta di soggiorno approvato con delibera del Consiglio Comunale n° 7 del 27.02.2018)

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
_____ PER ASSISTERE PERSONA RICOVERATA PRESSO LA
STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA _____
VIA/PIAZZA _____ DAL _____ AL _____;

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.

NOTE: _____

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA _____

FIRMA _____