MODULO A
(da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva)

COMUNE DI CASTEL D'AZZANO
PROVINCIA DI VERONA

IMPOSTA DI SOGGIORNO
ATTESTAZIONE PER ESENZIONE

(soggetti che di cui all'art. 5, co. 1 lett. b) c) d) e) f) del Regolamento Comunale n. 7 del 14/03/2016 e s.m.)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____

PROV._____ IL _____/_____/_____ RESIDENTE A _____ PROV. ____ VIA/PIAZZA

_____ _____ N. _____ CAP _____ TEL

_____CELL_____ FAX _____ E-

MAIL _____

CODICE FISCALE																

DICHIARA

DI AVER PERNOTTATO DAL _____ AL _____ PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA _____ E DI RIENTRARE NELLE SEGUENTI CATEGORIE:

- ❑ **Portatore di handicap non autosufficiente, documentato;**
- ❑ **Accompagnatore/genitore di portatore di handicap non autosufficiente;**
- ❑ **Autista di pullman o accompagnatore turistico che presta assistenza a gruppi organizzati dalle agenzie di viaggio e turismo;**
- ❑ **Alloggio in strutture ricettive a seguito di provvedimenti adottati da autorità pubbliche per fronteggiare situazioni di emergenza conseguenti ad eventi calamitosi o di natura straordinaria e per finalità di soccorso umanitario;**
- ❑ **Malato che deve effettuare terapie presso strutture sanitarie site nel territorio provinciale e un eventuale accompagnatore.**
- ❑ **il personale della struttura ricettiva, ivi compreso il gestore, ove svolge l'attività lavorativa, nonché i lavoratori con contratto stagionale superiore ad un mese che alloggiano nella struttura e che prestano la loro attività lavorativa sul territorio comunale o nei comuni confinanti;**
- ❑ **persona di età pari o superiore ai 75 anni.**

Il/La sottoscritto/a ha reso la suddetta dichiarazione consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76 del DPR 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

DATA _____

FIRMA_____