

**IMPOSTA DI SOGGIORNO
DICHIARAZIONE PER ESENZIONE**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov. ___ il ___/___/___ residente a
_____ Prov. _____ Via/Piazza _____ n. ___ CAP _____ Tel.
_____ e- mail _____

CODICE FISCALE

INDICARE ESTREMI DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO O ALLEGARLO
(NUMERO DEL DOCUMENTO - ENTE E DATA DI RILASCIO)

DICHIARA

ai sensi del Regolamento sull'imposta di soggiorno nel Comune di Feltre, di aver pernottato dal
___/___/___ al ___/___/___ presso la struttura ricettiva denominata
_____ e di poter godere dell'esenzione di pagamento dell'imposta
di soggiorno per i seguenti motivi:

- assistenza a degenti ricoverati presso strutture sanitarie come da allegata certificazione della struttura stessa (in ragione di un accompagnatore per paziente: nel caso di malati minori di diciotto anni sono esenti entrambi i genitori);
- soggetti che alloggiano in strutture ricettive a seguito di provvedimenti adottati da autorità pubbliche, per fronteggiare situazioni di carattere sociale nonché di emergenza conseguenti ad eventi calamitosi o di natura straordinaria o per finalità di soccorso umanitario;
- volontari che prestano servizio in occasione di calamità, a seguito dello stato di calamità individuato dagli enti competenti con apposito atto o attivazione delle procedure di protezione civile;
- autisti di pullman e accompagnatori turistici che prestano attività di assistenza a gruppi organizzati dalle agenzie di viaggi e turismo (l'esenzione si applica per ogni autista di pullman e per un accompagnatore turistico ogni 25 partecipanti). Specificare nome e sede agenzia _____;
- personale appartenente alla Polizia di Stato e alle altre Forze Armate che svolge attività di ordine e sicurezza pubblica, come definita nel Testo Unico di Pubblica Sicurezza R.D. 18 giugno 1931, n. 773, ed al successivo Regolamento di esecuzione di cui al R.D. 6 maggio 1940, n. 635;
- studenti regolarmente iscritto e frequentante Istituti Scolastici di ogni ordine e grado presenti sul territorio del Comune di Feltre. Specificare nome Istituto Scolastico _____;
- persone disabili, la cui condizione di disabilità sia evidente e certificata ai sensi della vigente normativa italiana e di analoghe disposizioni dei Paesi di provenienza per i cittadini stranieri e un loro accompagnatore.

Specificare Cognome Nome, luogo e data di nascita dell'esente (in caso di persona diversa dal dichiarante):

Il/La sottoscritto/a ha reso le suddette dichiarazioni, opzioni ed informazioni, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 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'art. 75 del D.P.R. 445/2000.

La presente attestazione è resa in base agli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni e consegnata al gestore della struttura.

Dichiara inoltre di essere informato ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento di cui alla presente dichiarazione.

Feltre, li _____

FIRMA DEL DICHIARANTE
