



COMUNE DI BARI SARDO

PROVINCIA DI NUORO

AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELL'ESENZIONE DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO IN QUALITA' DI SOGGETTO ACCOMPAGNATORE DI PAZIENTE RICOVERATO PRESSO STRUTTURE DEL TERRITORIO (massimo 1 accompagnatore per paziente)

Il sottoscritto/a _____

nato/a _____ a Prov. _____ il ___ / ___ / _____

residente a _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ E-mail _____

Codice fiscale _____

DICHIARA

- Di aver pernottato dal _____ al _____ presso la struttura ricettiva

- Di aver diritto all'ESENZIONE di cui all'art. 7, comma 1, lett. c) del Regolamento comunale per la disciplina dell'Imposta di Soggiorno in qualità di unico accompagnatore di

_____, ricoverato/a presso la struttura sanitaria _____ dal ___ / ___ / _____, al ___ / ___ / _____.

- Che il soggiorno presso la struttura ricettiva è finalizzato all'assistenza sanitaria nei confronti del suddetto paziente.

- Di essere consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità e dichiarazioni mendaci previste dall'art.76 del DPR n. 445/2000.

- Che la presente attestazione è resa in base agli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e successive modificazioni e consegnata al gestore della struttura, corredata di copia di valido documento di identità.

Data e luogo _____

Firma leggibile _____