



COMUNE DI BARI SARDO

PROVINCIA DI NUORO

AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELL'ESENZIONE DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO PER L'ACCOMPAGNATORE DI SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP NON AUTOSUFFICIENTE

Il sottoscritto/a _____ nato/a

_____ Prov. ___ il ___ / ___ / _____ residente a

_____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ E-mail _____

Codice fiscale _____

In qualità di accompagnatore di _____

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

residente a _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

Codice fiscale _____

DICHIARA

- Di aver pernottato, insieme alla persona assistita, dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ presso la struttura ricettiva _____ - Di

aver diritto all'ESENZIONE di cui all'art. 7, comma 1, lett. f) del Regolamento comunale per la disciplina dell'Imposta di Soggiorno in qualità di accompagnatore di portatore di handicap non autosufficiente.

- Che lo status di non autosufficienza della persona assistita è stato riconosciuto dal seguente organismo pubblico preposto.

- 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 del dichiarante e della persona assistita.

Data e luogo _____

Firma leggibile _____