



COMUNE DI BARI SARDO

PROVINCIA DI NUORO

AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELL'ESENZIONE DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO IN QUALITA' DI SOGGETTO ACCOMPAGNATORE/GENITORE DI PAZIENTE MINORE RICOVERATO PRESSO STRUTTURE DEL TERRITORIO (massimo 2 persone per paziente)

Il sottoscritto/a _____

nato/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 al Regolamento comunale per la disciplina dell'Imposta di Soggiorno in qualità di accompagnatore / genitore (barrare la voce che non interessa) del minore di 18 anni _____ ,
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 _____