



COMUNE DI BARI SARDO

PROVINCIA DI NUORO

AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELL'ESENZIONE DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO RILASCIATA DALL'ACCOMPAGNATORE PER CONTO 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 _____

- Che la suddetta persona assistita ha diritto all'ESENZIONE del Regolamento comunale per la disciplina dell'Imposta di Soggiorno in quanto 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 _____