

IMPOSTA DI SOGGIORNO ATTESTAZIONE DI ESENZIONE

(Regolamento sull'imposta di soggiorno del Comune di Santa Croce Camerina)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL ____/____/____

RESIDENTE A _____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ N. ____ CAP _____

TEL _____ CELL _____ FAX _____

E-MAIL _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

DICHIARA

IN QUALITA' DI (INDICARE TIPO DI ESENZIONE) _____

DI ESSERE ESENTE DAL PAGAMENTO DELL'IMPOSTA SECONDO IL REGOLAMENTO VIGENTE

Il sottoscritto ha reso le suddette dichiarazioni consapevoli delle sanzioni penali previste in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del DPR 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 DPR 445/2000.

La presente attestazione è resa in base agli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 e successive modificazioni.

Informativa ai sensi del regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R) per il trattamento dei dati personali

In osservanza di quanto disposto dal regolamento UE 2016/679, il Comune di Santa Croce Camerina, in qualità di soggetto giuridico Titolare e Responsabile del trattamento dei dati personali, La informa che i dati da Lei forniti verranno trattati, anche con strumenti informatici, nei limiti della normativa per l'esclusiva finalità di cui al presente procedimento. Il gestore della struttura ricettiva ha l'obbligo di conservare per cinque anni tale dichiarazione, al fine di rendere possibili i controlli tributari da parte del Comune di Santa Croce Camerina, che agisce quale titolare del trattamento dei dati in essa contenuti.

Nell'ambito del trattamento medesimo Lei potrà esercitare i diritti di cui all'artt. 11-20 del regolamento UE 2016/679.

NOTE _____

DATA _____

FIRMA _____

Il presente modello va conservato a cura della struttura ricettiva.

Firma per presa visione titolare struttura ricettiva _____