

MODELLO 6

(da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva)

**IMPOSTA DI SOGGIORNO
ATTESTAZIONE PER ESENZIONE DISABILE**

(Regolamento sull'imposta di soggiorno della Città di Polignano a Mare)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

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

RESIDENTE A _____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ N. ____ CAP _____

TEL _____ CELL _____ FAX _____

E-MAIL _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AVENDO PERNOTTATO DAL _____ AL _____ PRESSO LA STRUTTURA
RICETTIVA _____**DICHIARA**DI ESSERE DISABILE AI SENSI DELLA LEGGE 104/1992 E DI AVER NECESSITÀ DI INTERVENTO
ASSISTENZIALE PERMANENTE**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, la Città di Polignano a Mare, 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 Polignano a Mare, 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 _____

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA _____

FIRMA _____

Il presente modello va conservato a cura della struttura ricettiva ed allegato in copia alla dichiarazione annuale completo di documento di riconoscimento del dichiarante.

Firma per presa visione titolare struttura ricettiva _____