



COMUNE DI LOIRI PORTO SAN PAOLO
Provincia di Sassari – Zona omogenea di Olbia-Tempio

AREA ECONOMICO-FINANZIARIA
SERVIZIO TRIBUTI

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

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. ____ il ____/____/____

residente a _____ Prov. ____

Via/Piazza _____ n. ____ CAP _____

Tel. _____ E-mail _____

Codice fiscale _____

In qualità di accompagnatore di _____

nato/a 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 _____