



**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 IN QUALITA' DI SOGGETTO ACCOMPAGNATORE/GENITORE DI PAZIENTE MINORE RICOVERATO PRESSO STRUTTURE DEL TERRITORIO (massimo 2 persone per paziente)**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a 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 all'art. 7, comma 1, lett. d) del 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 \_\_\_\_\_