



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 DI PAZIENTE RICOVERATO PRESSO STRUTTURE DEL TERRITORIO
(massimo 1 accompagnatore 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. c) del Regolamento comunale per la disciplina dell'Imposta di Soggiorno in qualità di unico accompagnatore di _____, 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 _____