



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 RILASCIATA DALL'ACCOMPAGNATORE PER CONTO 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 _____

- Che la suddetta persona assistita ha diritto all'ESENZIONE di cui all'art. 7, comma 1, lett. e) del Regolamento comunale per la disciplina dell'Imposta di Soggiorno in quanto 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 _____