



COMUNE di ALBENGA

**IMPOSTA DI SOGGIORNO
2023**

(da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva)

AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELL'ESENZIONE DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO
(Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46-47 del D.P.R. 445/2000 nonché dell'art. 5 del Regolamento comunale per l'imposta di soggiorno)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ PROV. _____

IL ____ / ____ / ____ RESIDENTE A _____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____ CAP. _____

TEL. _____ CELL. _____

E.MAIL: _____

CODICE FISCALE*

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

* N.di passaporto o altro documento di identificazione (solo nel caso di cittadino straniero)

DICHIARA

DI AVER PERNOTTATO DAL ____ / ____ / ____ AL ____ / ____ / ____ PRESSO LA
STRUTTURA RICETTIVA _____

E DI TROVARSI IN UNO DEI CASI DI ESENZIONE DI CUI ALL'ART. 8 DEL
REGOLAMENTO COMUNALE PER L'IMPOSTA DI SOGGIORNO,

E PRECISAMENTE (barrare la casella appropriata):

☐ Residenti nel Comune di Albenga

☐ di accompagnare, sotto la propria responsabilità, i seguenti **minori** di anni 12: (specificare codice fiscale o n. di passaporto o altro documento di identificazione se trattasi di cittadini stranieri)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

(nel caso in cui il numero dei minori sia superiore al numero di righe allegare elenco nominativi).

☐ di essere un Familiare/Affine/altro accompagnatore di un **ricoverato** nelle strutture sanitarie del territorio comunale o della Provincia di Savona, (specificare in quale struttura sanitaria)

- ☐ Lavoratori della struttura non residenti nel Comune di Albenga
- ☐ Volontari in occasione di emergenze ambientali
- ☐ Persone ospitate su disposizione dell'Autorità Pubblica in situazioni di emergenza
- ☐ Persone che praticano terapie riabilitative presso strutture sanitarie site nel territorio comunale o della Provincia di Savona;
- ☐ Persone che assistono degenti ricoverati in site nel territorio comunale o della Provincia di Savona (una per paziente)
- ☐ Genitore/i di un minore di 18 anni che pratica una terapia riabilitativa o che è degente in una struttura sanitaria sita nel territorio comunale o della Provincia di Savona;
- ☐ Autista di pullman e/o accompagnatore turistico, che presta attività di assistenza a gruppi organizzati (min. 20 persone)
- ☐ di essere persona con **disabilità** o suo accompagnatore.
- ☐ Personale appartenente alle Forze dell'Ordine, nonché al corpo nazionale dei vigili del fuoco che soggiornano per esigenze di servizio;

Il/La sottoscritto/a ha reso la suddetta dichiarazione consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76 del DPR 445/2000.

La presente attestazione è resa in base agli art. 46 e 47 del DPR 445 del 2000 e successive modificazioni e consegnata al gestore della struttura.

ALBENGA, li

FIRMA DEL DICHIARANTE
