

**MODULO B**

**IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE**

(Regolamento sull'imposta di soggiorno nel Comune di Palaia approvato con deliberazione del Consiglio Comunale n° 10 del 19.04.2013)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A ..... NATO/A A ..... PROV.  
 ..... IL .../.../..... RESIDENTE A ..... PROV. .... VIA/PIAZZA .....  
 ..... N. .... CAP ..... TEL ..... CELL. .... FAX  
 ..... E-MAIL .....

CODICE FISCALE	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
----------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76 del DPR 445/2000.

**DICHIARA**

DI AVER PERNOTTATO DAL ..... AL ..... PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA  
 DENOMINATA: .....  
 POSTA IN PALAIA VIA/LOC. .... N. .... PER UNO  
 DEI SEGUENTI FINI:

IN QUALITA' DI ACCOMPAGNATORE DI PERSONA PORTATRICE DI HANDICAP NON AUTOSUFFICIENTE,  
 COME DA CERTIFICAZIONE MEDICA ALLEGATA;

Generalità del soggetto portatore di handicap:

NOME ..... COGNOME ..... NATO/A A  
 ..... PROV. .... IL .../.../..... RESIDENTE A  
 ..... PROV. .... VIA/PIAZZA ..... N. ....  
 CAP ..... TEL .....

CODICE FISCALE	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
----------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

IN QUALITA' DI ACCOMPAGNATORE DI PERSONA SOTTOPOSTA A RICOVERO PRESSO LA STRUTTURA  
 SOCIO-SANITARIA ....., SITA IN.....  
 VIA ..... N. ...., DAL GIORNO .../.../..... AL  
 GIORNO .../.../.....

Generalità del soggetto ricoverato:

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ NATO/A A  
\_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RESIDENTE A  
\_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA  
\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

<b>CODICE FISCALE</b>	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
-----------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

- IN QUALITA' DI AUTISTA DI PULLMAN / ACCOMPAGNATORE (cancellare la voce che non interessa) CHE PRESTA ATTIVITA' DI ASSISTENZA A GRUPPI ORGANIZZATI DI TURISTI. L'esenzione si applica per ogni autista e per un accompagnatore ogni venti turisti;
- IN QUALITA' DI PERSONALE DIPENDENTE DELLA GESTIONE DELLA STRUTTURA RICETTIVA;
- IN QUALITA' DI OSPITE ISTITUZIONALE DEL COMUNE DI PALAIA;
- IN QUALITA' DI SOGGETTO CHE ALLOGGIA IN STRUTTURE RICETTIVE A SEGUITO DI PROVVEDIMENTI ADOTTATI DA AUTORITÀ PUBBLICHE, PER FRONTEGGIARE SITUAZIONI DI EMERGENZA CONSEGUENTI A EVENTI CALAMITOSI O DI NATURA STRAORDINARIA O PER FINALITÀ DI SOCCORSO UMANITARIO;
- IN QUALITA' DI PERSONALE APPARTENENTE ALLA POLIZIA DI STATO E ALLE ALTRE FORZE ARMATE, (specificare \_\_\_\_\_) CHE SI TROVA A SVOLGERE ATTIVITÀ DI ORDINE E SICUREZZA;
- IN QUALITA' DI AUTISTA DI DIPENDENTE / STUDENTE (cancellare la voce che non interessa) CHE SI TROVA A SOGGIORNARE IN RAGIONE DEL LAVORO O DELLA SCUOLA FREQUENTATA.  
Specificare \_\_\_\_\_)

**Il sottoscritto ha reso le suddette dichiarazioni, opzioni ed informazioni, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'articolo n. 76 del DPR n. 445/2000 e consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione, come previsto dall'articolo n. 75 del DPR n. 445/2000**

**La presente attestazione è resa in base agli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 e successive modificazioni e consegnata al gestore della struttura.**

**ALLEGATI:** copia del documento di identità del dichiarante;  
copia certificazione medica relativa alla persona portatrice di handicap.

**Informativa Privacy ai sensi degli art. 13 del GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679**  
Informiamo che il trattamento dei dati personali forniti o comunque acquisiti è finalizzato alla gestione della presente Richiesta/Denuncia.  
Il Titolare del trattamento è l'Unione dei Comuni della Valdera Via Brigade Partigiane n. 4, Pontedera.  
Il Responsabile del trattamento cui può rivolgersi per l'esercizio dei suoi diritti è il dirigente dell'Area Affari Generali, tel. 0587-299.560 – mail info@unione.valdera.pi.it.  
Il Responsabile della protezione dei dati è contattabile tramite mail all'indirizzo rpd@unione.valdera.pi.it.  
Per informativa integrale visitare la sezione "Protezione dei dati personali" sul sito dell'Unione Valdera (link diretto <https://www.unione.valdera.pi.it/protezione-dati-personali/3117>)

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_