



Comune di NUMANA
Provincia di Ancona

MODULO B

IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE

(Regolamento sull'imposta di soggiorno nel Comune di Numana approvato con delibera del Consiglio Comunale n° __ del 12 Marzo 2015)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL ____/____/____

RESIDENTE A _____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____ CAP _____

TEL _____ CELL. _____ 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 VIA/LOC. _____ N. _____

A NUMANA PER UNO DEI SEGUENTI FINI:

IN QUALITA' DI AUTISTA DI PULLMAN PER CONTO DELLA DITTA

CON SEDE IN VIA/PIAZZA _____ n. _____

CITTA' _____ C.A.P. _____

CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____

IN QUALITA' DI ACCOMPAGNATORE TURISTICO CHE PRESTA ATTIVITA' DI ASSISTENZA A GRUPPI
ORGANIZZATI PER CONTO DELLA DITTA

CON SEDE IN VIA/PIAZZA _____ n. _____

CITTA' _____ C.A.P. _____

CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____



Comune di NUMANA
Provincia di Ancona

- IN QUALITA' DI DIPENDENTE DELLA GESTIONE DELLA STRUTTURA RICETTIVA DOVE SVOLGE LA PROPRIA ATTIVITA' LAVORATIVA
- IN QUALITA' DI PERSONA ISCRITTA ALL'ANAGRAFE DEI RESIDENTI DEL COMUNE DI NUMANA
- IN QUALITA' DI APPARTENENTE ALLE FORZE O A CORPI ARMATI STATALI, PROVINCIALI O LOCALI, NONCHE' AL COPRPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO E DELLA PROTEZIONE CIVILE CHE SOGGIORNANO PER ESIGENZE DI SERVIZIO
- IN QUANTO PORTATORE DI HANDICAP NON AUTOSUFFICIENTE CON IDONEA CERTIFICAZIONE MEDICA ALLEGATA
- IN QUALITA' DI ACCOMPAGNATORE DI PORTATORE DI HANDICAP
- A SEGUITO DI PROVVEDIMENTO ADOTTATO DALLA SEGUENTE AUTORITA' PUBBLICA:
- _____
- PER FRONTEGGIARE SITUAZIONI DI EMERGENZA CONSEGUENTI AD EVENTI CALAMITOSI O DI NATURA STRAORDINARIA O PER FINALITA' DI SOCCORSO UMANITARIO.
- _____
- _____
- _____

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.

NOTE: _____

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante – copia certificazione medica

DATA _____ FIRMA _____

INFORMAZIONI SULL'USO DEI DATI PERSONALI

Art. 13 Dlgs 30 giugno 2003 n. 196- "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Il Comune di Numana informa che i dati contenuti nella presente dichiarazione, saranno trattati manualmente o con strumenti informatici, nel rispetto della massima riservatezza, esclusivamente nell'ambito del procedimento in oggetto. Il dichiarante può rivolgersi in qualsiasi momento al Comune di Numana per verificare i dati che lo riguardano e farli eventualmente aggiornare, rettificare ed integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento, se trattati in violazione di legge (art. 7 del Codice). Il titolare del trattamento è il Comune di Numana. L'elenco dei Responsabili è consultabile sul sito del Comune www.comune.numana.an.it