



COMUNE DI BUDONI
Provincia di Sassari
AREA ECONOMICO-FINANZIARIA
SERVIZIO TRIBUTI

AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELL'ESENZIONE DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO IN QUALITA' DI SOGGETTO ACCOMPAGNATORE/GENITORE DI PAZIENTE MINORE RICOVERATO PRESSO STRUTTURE DEL TERRITORIO (massimo 2 persone 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 al Regolamento comunale per la disciplina dell'Imposta di Soggiorno in qualità di accompagnatore / genitore (barrare la voce che non interessa) del minore di 18 anni _____, 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 _____