

**COMUNE DI OSTUNI**

Settore Finanze Tributi

**IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE****(soggetti che effettuano terapie o day-hospital con pernottamento nella struttura ricettiva)***(Regolamento sull'imposta di soggiorno del Comune di Ostuni (Br) approvato con delibera del Consiglio Comunale n.4 del 02.03.2012)*

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA**DI AVER PERNOTTATO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA  
\_\_\_\_\_ PER EFFETTUARE:
 **TERAPIE** PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA\* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_  
AL \_\_\_\_\_<sup>1</sup>;

 **DAY-HOSPITAL** PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA\* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_  
AL \_\_\_\_\_<sup>1</sup>;

(\*) Non occorre precisare la tipologia della visita e/o della cura effettuata né il reparto specialistico.

**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 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

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> ART. 5, COMMA DEL REGOLAMENTO SULL'IMPOSTA DI SOGGIORNO NEL COMUNE DI OSTUNI<sup>1</sup> ART. 4, COMMA DEL REGOLAMENTO SULL'IMPOSTA DI SOGGIORNO NEL COMUNE DI OSTUNI