CODICE PRATICA
***CODICE FISCALE*-GGMMAAAA-HH:MM**

Mod. comunale
(Modello 1493 Versione 001-2021)

Allo Sportello Unico _____ Comune / Comunità / Unione _____

DICHIARAZIONE PER ESENZIONE IMPOSTA DI SOGGIORNO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A *(sempre necessario)*

Cognome	Nome		Codice fiscale	
Luogo di nascita	Provincia	Stato	Data nascita	Sesso (M/F)
				-
Residente in	Provincia	Stato	Cittadinanza	
Indirizzo residenza			N. civico	CAP
PEC (Domicilio elettronico)	Email (Posta elettronica)		Telefono fisso / cellulare	

consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e degli artt. 483,495 e 496 del Codice Penale e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione resa, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

☐ di aver pernottato dal al presso la struttura ricettiva

per fini di assistenza sanitaria nei confronti di persona ricoverata dal al presso la struttura sanitaria sita in:

Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)	N° civico	Scala	Piano	Interno

☐ che la persona ricoverata è minore di anni 18

Nota bene: Il sottoscritto, su richiesta del Comune, sarà tenuto a rilasciare le generalità della persona ricoverata nonchè la documentazione attestante il ricovero della persona assistita.

DICHIARA INOLTRE

☐ di aver letto l'informativa sul trattamento del dati personali (Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016) pubblicata sul portale di riferimento

Note aggiuntive ed eventuali comunicazioni

ALLEGATI

	Allegato
☑	Copia del documento di identità del dichiarante
☐	Altri allegati Inserire una breve descrizione dell'allegato...

Richiedente