**MODELLO DI ESENZIONE IMPOSTA DI SOGGIORNO**

**DICHIARAZIONE RESA AI SENSI ARTT. 46 E 47 D.P.R. 445/2000**

IL/LA SOTTOSCRITTA ……………………………………………………………………………………………………………………………….

NATO /A A : COMUNE ……………………………………………..PROV…………………………DATA ……………./……./………..

RESIDENTE A …………………………………………………PROV…………… VIA/PIAZZA ……………………………..…………………

…………………………..................................................................... N…………………...………..CAP…………..…………….

CODICE FISCALE …………………………………………………………………………………………………………………………………………

RECAPITO TELEFONICO ……………………………..CELLULARE…………………………………………………………….……………..

FAX N……………………………………EMAIL: ………………………………………………………………………………………………………..

**CON RIFERIMENTO AL SOGGIORNO EFFETTUATO PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA:**

**………….…………..……………………..….COMUNE DI …………………… PROV……………….**

**PER I GIORNI DAL…………………. AL………………**

DICHIARA

AI SENSI DELL’ART. 5 DEL REGOLAMENTO DELL’UNIONE DI COMUNI VALDARNO E VALDISIEVE RELATIVO ALL’APPLICAZIONE DELL’IMPOSTA DI SOGGIORNO DI RIENTRARE NELLA SEGUENTE CASISTICA DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DELL’IMPOSTA :

***(Barrare con una crocetta il caso di esenzione utilizzato)***

……... (ESENZIONE PREVISTA DALL’ART. 5 LETT B) di essere stato ricoverato presso la struttura sanitaria : ………………………..……..…………………………….……. ubicata nel Comune di ………………….. (Prov……...) nei giorni dal …..…………………………al…………………………..;

….…. (ESENZIONE PREVISTA DALL’ART. 5 LETT B) di aver assistito il Sig./a ………..………................. ricoverato presso la struttura sanitaria :……………………..………………..…….………..ubicata nel Comune di ……………………………(Prov…….) nei giorni dal………..……..….… al……………………….. ;

 ……... (ESENZIONE PREVISTA DALL’ART. 5 LETT B) di dichiarare per conto del figlio/a minore Cognome e Nome del figlio/a…………….…………….………………….. nato il ………./…………../…….. nel Comune di ……………………..……………….(Prov)………………… che lo stesso/a e’ stato/a ricoverato presso la struttura sanitaria : ……………………………………..……………………………….………… ubicata nel Comune di ……………………………………… (Prov……………) nei giorni dal …………………….al………………….

DATA ……..…………………… FIRMA ………………………….…………

(….). Il sottoscritto su richiesta dell’Unione dei Comuni Valdarno e Valdisieve sara’ tenuto a rilasciare le generalità della persona ricoverata nonche’ la documentazione attestante il ricovero della persona assistita.

**Il sottoscritto ha reso le suddette dichiarazioni consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall’art. 76 del .D.P.R. 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’art. 75 DPR 445/2000. La presente attestazione e’ resa in base agli artt. 46 e 47 DPR 445/2000 e ss.mm.**

**INFORMATIVA PRIVACY: EX ART. 13 D.LEGISL. 196/2003: I dati forniti da Lei al gestore della struttura ricettiva, che agisce come titolare del loro trattamento, sono resi ottemperando all’obbligo previsto dal ’art 5 del Regolamento dell’imposta di soggiorno dell’Unione di Comuni Valdarno e Valdisieve al solo fine di ottenere l’esenzione dall’imposta. Il gestore della struttura ricettiva ha l’obbligo di conservare per cinque anni tale dichiarazione, al fine di rendere possibili i controlli tributari da parte dell’Unione di Comuni Valdarno e Valdisieve che agisce quale titolare del trattamento dei dati in essa contenuti.**

**Il Responsabile del trattamento e’ Il Responsabile del Servizio Turismo dell’Ente Unione di Comuni Valdarno e Valdisieve. In ogni momento Lei potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del gestore della struttura ricettiva che riceve questa dichiarazione nonche’ dell’Unione dei Comuni Valdarno e Valdisieve in quanto titolari del trattamento ai sensi dell’art. 7 del Decreto Legislativo 196/2003 e ss.mm.**

**NOTE : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**ALLEGATI : Copia del documento di identità del dichiarante**

**DATA …………………………….. FIRMA …………………………………………………………………**

I