

**Imposta di soggiorno**  
(da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva)



**COMUNE DI SPOTORNO**  
**Provincia di Savona**

**AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELL'ESENZIONE DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO**  
(Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46-47 del D.P.R. 445/2000 nonché dell'art. 5 del Regolamento comunale per l'imposta di soggiorno)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

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

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

E.MAIL: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE\*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\* N. di passaporto o altro documento di identificazione (solo nel caso di cittadino straniero)

**DICHIARA**

DI AVER PERNOTTATO DAL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PRESSO LA  
STRUTTURA RICETTIVA \_\_\_\_\_

E DI TROVARSI IN UNO DEI CASI DI ESENZIONE DI CUI ALL'ART. 6 DEL  
REGOLAMENTO COMUNALE PER L'IMPOSTA DI SOGGIORNO,

E PRECISAMENTE (barrare la casella appropriata):

Residente nel Comune di SPOTORNO

di accompagnare, sotto la propria responsabilità, i seguenti minori di anni 12: (specificare codice fiscale o n. documento di identità o altro documento di identificazione se trattasi di cittadini stranieri)

1. -----
2. -----
3. -----
4. -----
5. -----

(nel caso in cui il numero dei minori sia superiore al numero di righe allegare elenco nominativi, con allegati i documenti di identità);



lavoratore della struttura ricettiva con rapporto contrattuale o di studio non residente nel Comune di Spotorno;

volontario che offre il proprio servizio in città in occasione di emergenze ambientali;

persona ospitata nella struttura ricettive su disposizione dell'Autorità pubblica a causa di particolari situazioni di emergenza;

persona sottoposta a terapia riabilitativa dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso la struttura sanitaria \_\_\_\_\_

persona che assiste il degente \_\_\_\_\_ ricoverato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso la struttura sanitaria \_\_\_\_\_

genitore accompagnatore del minore di 18 anni \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ sottoposto a terapia riabilitativa ovvero ricoverato nella struttura sanitaria \_\_\_\_\_

autista di pullman e/o accompagnatore turistico, che presta attività di assistenza a gruppi organizzati (ai fini della presente esenzione, per gruppo organizzato si intende il gruppo composto da almeno 20 persone con viaggio organizzato mediante pacchetto turistico predisposto da organizzatore professionale con unica prenotazione e che alloggia nella medesima struttura ricettiva, salvo circostanze eccezionali che giustificano il ricorso a diverse strutture);

portatore di handicap/persona non autosufficiente, le cui condizioni sono certificate ai sensi della vigente normativa regionale e/o nazionale del paese di provenienza;

accompagnatore di un soggetto portatore di handicap/persona non autosufficiente \_\_\_\_\_ (indicare nominativo), le cui condizioni sono certificate ai sensi della vigente normativa regionale e/o nazionale del paese di provenienza;

personale appartenente alla polizia di Stato e locale / altre forze armate / al corpo nazionale dei vigili del fuoco che soggiornano per esigenze di servizio.

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 DPR 445 del 2000 e successive modificazioni e consegnata al gestore della struttura.

SPOTORNO, lì \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE

-----

Allegato: copia documento d'identità del dichiarante.

lavoratore della struttura ricettiva con rapporto contrattuale o di studio non residente nel Comune di Spotorno;

volontario che offre il proprio servizio in città in occasione di emergenze ambientali;

persona ospitata nella struttura ricettive su disposizione dell'Autorità pubblica a causa di particolari situazioni di emergenza;

persona sottoposta a terapia riabilitativa dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso la struttura sanitaria \_\_\_\_\_

persona che assiste il degente \_\_\_\_\_ ricoverato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso la struttura sanitaria \_\_\_\_\_

genitore accompagnatore del minore di 18 anni \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ sottoposto a terapia riabilitativa ovvero ricoverato nella struttura sanitaria \_\_\_\_\_

autista di pullman e/o accompagnatore turistico, che presta attività di assistenza a gruppi organizzati (ai fini della presente esenzione, per gruppo organizzato si intende il gruppo composto da almeno 20 persone con viaggio organizzato mediante pacchetto turistico predisposto da organizzatore professionale con unica prenotazione e che alloggia nella medesima struttura ricettiva, salvo circostanze eccezionali che giustifichino il ricorso a diverse strutture);

portatore di handicap/persona non autosufficiente, le cui condizioni sono certificate ai sensi della vigente normativa regionale e/o nazionale del paese di provenienza;

accompagnatore di un soggetto portatore di handicap/persona non autosufficiente \_\_\_\_\_ (indicare nominativo), le cui condizioni sono certificate ai sensi della vigente normativa regionale e/o nazionale del paese di provenienza;

personale appartenente alla polizia di Stato e locale / altre forze armate / al corpo nazionale dei vigili del fuoco che soggiornano per esigenze di servizio.

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 DPR 445 del 2000 e successive modificazioni e consegnata al gestore della struttura.

SPOTORNO, lì \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE

-----

Allegato: copia documento d'identità del dichiarante.