



# CITTA' DI GIULIANOVA

C.A.P. 64021

P.I. 00114930670

PROVINCIA DI TERAMO

AREA I "FINANZA E SERVIZI INTERNI"

SETTORE "TRIBUTI"

(MODELLO da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva)

**Dichiarazione per esenzione dell'Imposta di soggiorno ( art 5 comma 2 Regolamento dell'Imposta di Soggiorno)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci dell'art. 76 del D.P.R 28 dicembre 2000 n. 445;

## DICHIARA

Che nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ha soggiornato presso la struttura ricettiva denominata \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_ stelle, ubicata in \_\_\_\_\_, e di rientrare, **ai fini della ESENZIONE** del pagamento dell'Imposta di Soggiorno, in una delle fattispecie sottoindicate: ( *Barrare la categoria appropriata* ):

minori fino al 10 anno di età (*il tutore deve sottoscrivere la presente dichiarazione e indicare i dati anagrafici del minore*)

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data di nascita

assistente del seguente degente ricoverato presso la struttura sanitaria denominata \_\_\_\_\_ (*esenzione prevista per un solo accompagnatore per paziente*)

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Periodo di degenza
			Dal Al



# CITTA' DI GIULIANOVA

C.A.P. 64021

P.I. 00114930670

PROVINCIA DI TERAMO

AREA I "FINANZA E SERVIZI INTERNI"

SETTORE "TRIBUTI"

soggiorno per effettuare terapie presso la seguente struttura sanitaria:

Denominazione	Ubicazione	Periodo terapia
		Dal Al

dipendente della seguente struttura ricettiva per svolgimento dell'attività lavorativa

Denominazione	Ubicazione	Periodo attività lavorativa
		Dal Al

di essere portatore di handicap al 100% (allegare idoneo certificato)

accompagnatore del seguente soggetto con invalidità al 100% (esenzione prevista per un solo accompagnatore per soggetto - allegare idoneo certificato)

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data di nascita

accompagnatore turistico abilitato che presta attività di assistenza a gruppi organizzati (nel limite massimo di uno ogni venti partecipanti)

autista di bus che soggiorna per motivi di servizio

personale appartenente alle forze dell'ordine o a corpi armati statali, provinciali o locali, nonché al corpo nazionale dei vigili del fuoco e della protezione civile che soggiornano per esclusivi motivi di servizio

cittadino straniero richiedente protezione internazionale, o comunque rientrante in piani nazionali di accoglienza;

soggetto ospite in forza a situazioni di emergenza conseguenti a eventi calamitosi di natura straordinaria, per i quali il Consiglio dei Ministri abbia deliberato lo stato di emergenza.

## **Informativa ex art. 13 D. Lgs. N. 196/2003 per il trattamento dei dati personali**

I dati da Lei forniti al gestore della struttura ricettiva, che agisce come titolare del loro trattamento, sono resi solo al fine di ottenere l'esenzione dell'imposta prevista dall' art. 5 del Regolamento dell'imposta di soggiorno della Città di Giulianova. 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 del Comune di Giulianova, che agisce quale titolare del trattamento dei dati in essa contenuti. In ogni momento Lei potrà esercitare i



# CITTA' DI GIULIANOVA

C.A.P. 64021

P.I. 00114930670

PROVINCIA DI TERAMO

**AREA I "FINANZA E SERVIZI INTERNI"**

SETTORE "TRIBUTI"

Suoi diritti nei confronti del gestore della struttura ricettiva che riceve questa dichiarazione nonché del Comune di Giulianova , in quanto titolari del trattamento ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003.

Data \_\_\_\_\_

firma\_\_\_\_\_

**N.B. : si allega *copia del documento di identità.***