



CITTA' DI GIULIANOVA

C.A.P. 64021

P.I. 00114930670

PROVINCIA DI TERAMO

AREA I "SERVIZI FINANZIARI"

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 _____, 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 compimento del 12° anno di età (*il tutore deve sottoscrivere la presente dichiarazione e indicare I dati anagrafici del minore*)

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data di nascita

figli minorenni, dal terzo in poi, soggiornanti con i propri genitori, nei mesi di Giugno, Luglio ed Agosto, ferma restando l'esenzione di cui al punto precedente; (*il tutore deve sottoscrivere la presente dichiarazione e indicare I dati anagrafici del minore*)

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data di nascita



CITTA' DI GIULIANOVA

C.A.P. 64021

P.I. 00114930670

PROVINCIA DI TERAMO

AREA I "SERVIZI FINANZIARI"

SETTORE "TRIBUTI"

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

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 invalido al 100% (allegare idoneo certificato)

accompagnatore del seguente soggetto con invalidità al 100%, al quale viene anche corrisposto l'assegno di accompagnamento INPS/INAIL (esenzione prevista per un solo accompagnatore per soggetto - allegare idoneo certificato)

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data di nascita

Gruppi organizzati (min. 20 persone) esclusivamente nel periodo dal 31 Ottobre al 30 Aprile;

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;



CITTA' DI GIULIANOVA

C.A.P. 64021

P.I. 00114930670

PROVINCIA DI TERAMO

AREA I "SERVIZI FINANZIARI"

SETTORE "TRIBUTI"

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 resa ai sensi dell'articolo 13 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation)

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 Suoi diritti nei confronti del gestore della struttura ricettiva che riceve questa dichiarazione nonché del Comune di Giulianova , in quanto titolari del trattamento.

Data _____

firma _____

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