

## ALLEGATO "A"

**OGGETTO: Dichiarazione Pernottamenti** - Ai sensi del Regolamento approvato con delibera di Consiglio Comunale n° \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (da trasmettere entro il giorno 15 del mese successivo al trimestre).

PERIODO D'IMPOSTA dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

DENOMINAZIONE STRUTTURA: \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA DELLA STRUTTURA: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale / Partita I.V.A.: \_\_\_\_\_

Sede Legale: \_\_\_\_\_

Soggetto Responsabile della Struttura: \_\_\_\_\_

Totale Pernottamenti:	<input type="text"/>	di cui
Esenti ai sensi dell'art. 5, c. 1, lett. a):	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Esenti ai sensi dell'art. 5, c. 1, lett. b):	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Esenti ai sensi dell'art. 5, c. 1, lett. c):	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Esenti ai sensi dell'art. 5, c. 1, lett. d):	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pernottamenti oltre 5 gg. consecutivi  
(di cui all'art. 4 comma 3 del Regolamento C.le)

Esenti ai sensi dell'art. 5, c. 1, lett. e):	<input type="text"/>
Esenti ai sensi dell'art. 5, c. 1, lett. f):	<input type="text"/>
Esenti ai sensi dell'art. 5, c. 1, lett. g):	<input type="text"/>
Esenti ai sensi dell'art. 5, c. 1, lett. h):	<input type="text"/>
Esenti ai sensi dell'art. 5, c. 1, lett. i):	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Pernottamenti di persone residenti nel  
Comune di **Grassobbio**  
(di cui all'art. 3 comma 1 del Regolamento C.le)

	tariffa		N° Pernottamenti paganti		TOTALE IMPOSTA
Imposta		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="text"/>	
Imposta ridotta		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="text"/>	
Imposta maggiorata		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="text"/>	
<b>TOTALE</b>					

EVENTUALI NOTE:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

(da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva)

## ALLEGATO "B"

### IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE

(soggetti che effettuano terapie con pernottamento nella struttura ricettiva)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)  
IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_  
N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

### DICHIARA

DI AVER PERNOTTATO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA  
\_\_\_\_\_  
PER EFFETTUARE

**TERAPIE** PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA \_\_\_\_\_  
SITA IN \_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_  
DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

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 D.P.R. 445/2000.

La presente attestazione è resa in base agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. e consegnata al gestore della struttura.

NOTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

(da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva)

## ALLEGATO "C"

### IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE

(accompagnatore/genitore di malati che effettuano terapie o sono ricoverati, accompagnatore di portatori di handicap non autosufficienti)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_)  
IL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_  
N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

### DICHIARA

DI AVER PERNOTTATO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA  
\_\_\_\_\_ PER UNO DEI SEGUENTI FINI:

- IN QUALITA' DI ACCOMPAGNATORE DI PERSONA AMMALATA (PUÒ USUFRUIRE DELL'ESENZIONE AL MASSIMO UN ACCOMPAGNATORE PER MALATO), SOTTOPOSTO A:
  - TERAPIE PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA \_\_\_\_\_  
VIA /PIAZZA \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (1)
  - RICOVERO PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA \_\_\_\_\_  
VIA /PIAZZA \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (2)
- IN QUALITA' DI GENITORE O ACCOMPAGNATORE DELEGATO (POSSONO USUFRUIRE DELL'ESENZIONE AL MASSIMO N. 2 PERSONE PER PAZIENTE) DEL MALATO (MINORE DI ANNI 18) RICOVERATO PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA \_\_\_\_\_  
VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_  
DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (3)
- IN QUALITA' DI ACCOMPAGNATORE DI PERSONA CON DISABILITA' RICONOSCIUTA DA APPOSITA CERTIFICAZIONE EX L. N. 104 DEL 1992 (PUÒ USUFRUIRE DELL'ESENZIONE AL MASSIMO UN ACCOMPAGNATORE) (4)

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 D.P.R. 445/2000.

La presente attestazione è resa in base agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni e consegnata al gestore della struttura.

NOTE:

\_\_\_\_\_

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

(1) Art. 5, comma 1, lettera b) del Regolamento sull'Imposta di Soggiorno del Comune di Grassobbio  
(2) Art. 5, comma 1, lettera c) del Regolamento sull'Imposta di Soggiorno del Comune di Grassobbio  
(3) Art. 5, comma 1, lettera d) del Regolamento sull'Imposta di Soggiorno del Comune di Grassobbio  
(4) Art. 5, comma 1, lettera g) del Regolamento sull'Imposta di Soggiorno del Comune di Grassobbio