

IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE

(accompagnatore/genitore di malati che sono in trattamento day-hospital o sono ricoverati)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____, C.F. _____
residente a _____ in _____
telefono _____ e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss. mm. ed ii. in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci,

D I C H I A R A

di aver pernottato dal _____ al _____ presso la struttura ricettiva _____

- ☐ IN QUALITÀ DI ACCOMPAGNATORE DI PERSONA AMMALATA (può usufruire dell'esenzione al massimo un accompagnatore per malato)
- ☐ IN QUALITÀ DI GENITORE O ACCOMPAGNATORE DELEGATO (possono usufruire dell'esenzione al massimo n. 2 persone per paziente) DEL MALATO (minore di anni 18)

per uno dei seguenti fini:

- ☐ TRATTAMENTO DAY-HOSPITAL presso la struttura sanitaria _____
_____ via/piazza _____
dal _____ al _____
- ☐ RICOVERO presso la struttura sanitaria _____
via/piazza _____ dal _____ al _____

La presente dichiarazione è resa in base agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss. mm. ed ii. e consegnata al gestore della struttura.

NOTE: _____

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante.

DATA _____

(firma del dichiarante)