



Comune di Cinisello Balsamo

AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELL'ESENZIONE DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO

(Dichiarazione resa ai sensi degli articoli 46-47 del D.P.R. 445/2000 nonché dell'articolo 4 del Regolamento per l'istituzione e la disciplina dell'imposta di soggiorno, da trasmettere al Comune ai sensi dell'articolo 9, comma 2, del vigente Regolamento)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____ PROV. _____

IL ___/___/___ RESIDENTE A _____ PROV. _____ VIA/PIAZZA _____ N. _____ CAP _____

TEL _____ CELL _____ FAX _____ 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'ARTICOLO 4 DEL REGOLAMENTO PER L'ISTITUZIONE E LA DISCIPLINA DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO, E PRECISAMENTE (barrare la casella appropriata):



Comune di Cinisello Balsamo

Art. 4 Lettera a)	Art. 4 Lettere b)	Art. 4 Lettera c)	Art. 4 Lettera d) ed e)	Art. 4 Lettera f)
<p><input type="checkbox"/> di accompagnare, sotto la propria responsabilità, i seguenti minori: (specificare codice fiscale o n. di passaporto o altro documento di identificazione se trattasi di cittadini stranieri)</p> <p>.....</p> <p>(nel caso in cui il numero dei minori sia superiore al numero di righe allegare elenco nominativi).</p>	<p><input type="checkbox"/> di essere un familiare e/o affine o comunque accompagnatore, fino ad un massimo di due e limitatamente al periodo di ricovero, di soggetti la cui degenza avverrà presso le strutture sanitarie presenti sul territorio della città metropolitana di Milano, e che il soggiorno è finalizzato all'assistenza sanitaria nei confronti del familiare</p> <p>.....</p> <p>(specificare la denominazione dell'ospedale e/o clinica) per il periodo di ricovero;</p>	<p><input type="checkbox"/> di soggiornare a Cinisello Balsamo per proseguire, a seguito di ricovero ospedaliero, le cure nelle strutture sanitarie presenti sul territorio della città metropolitana di Milano o di essere l'accompagnatore, fino ad un massimo di due per paziente, della persona che prosegue la cura a seguito di ricovero ospedaliero;</p> <p>.....</p> <p>(specificare la denominazione dell'ospedale e/o clinica)</p>	<p><input type="checkbox"/> di appartenere al personale della Polizia di Stato e locale, alle altre forze armate, nonché al corpo nazionale dei vigili del fuoco</p> <p>.....</p> <p>(specificare il Comando di appartenenza) e di soggiornare per esigenze di servizio nel Comune e limitatamente al servizio medesimo</p> <p><input type="checkbox"/> di essere un volontario coordinato dalla Protezione Civile e di soggiornare a Cinisello Balsamo a seguito di provvedimenti adottati da autorità pubbliche, per fronteggiare eventi calamitosi.</p>	<p><input type="checkbox"/> di essere autista di pullman o accompagnatore turistico che presta attività di assistenza a gruppi organizzati dalle agenzie di viaggi e turismo. L'esenzione si applica per ogni autista di pullman e per un accompagnatore turistico ogni venti partecipanti.</p>



Comune di Cinisello Balsamo

OVVERO DICHIARA

DI ESSERE ESCLUSO AI SENSI DELL'ARTICOLO 2 COMMA 3 DEL REGOLAMENTO PER L'ISTITUZIONE E LA DISCIPLINA DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO DEL COMUNE DI CINISELLO BALSAMO, DAL PAGAMENTO DELL'IMPOSTA, IN QUANTO **RESIDENTE** NEL COMUNE DI CINISELLO BALSAMO.

Il/La sottoscritto/a ha reso la suddetta dichiarazione consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, previste dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000.

La presente attestazione è resa in base agli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445 del 2000 e successive modificazioni e consegnata al gestore della struttura.

CINISELLO BALSAMO, Li _____

FIRMA DEL DICHIARANTE _____