



**COMUNE di ALBENGA**

**IMPOSTA DI SOGGIORNO  
2022**

(da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva)

**AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELL'ESENZIONE DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO**  
(Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46-47 del D.P.R. 445/2000 nonché dell'art. 5 del Regolamento comunale per l'imposta di soggiorno)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

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'ART. 8 DEL  
REGOLAMENTO COMUNALE PER L'IMPOSTA DI SOGGIORNO,

E PRECISAMENTE (barrare la casella appropriata):

Residenti nel Comune di Albenga

di accompagnare, sotto la propria responsabilità, i seguenti **minori** di anni 12: (specificare codice fiscale o n. di passaporto o altro documento di identificazione se trattasi di cittadini stranieri)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

(nel caso in cui il numero dei minori sia superiore al numero di righe allegare elenco nominativi).

di essere un Familiare/Affine/altro accompagnatore di un **ricoverato** nelle strutture sanitarie del territorio comunale o della Provincia di Savona, (specificare in quale struttura sanitaria)

---

- Lavoratori della struttura non residenti nel Comune di Albenga
- Volontari in occasione di emergenze ambientali
- Persone ospitate su disposizione dell'Autorità Pubblica in situazioni di emergenza
- Persone che praticano terapie riabilitative presso strutture sanitarie site nel territorio comunale o della Provincia di Savona;
- Persone che assistono degenti ricoverati in site nel territorio comunale o della Provincia di Savona (una per paziente)
- Genitore/i di un minore di 18 anni che pratica una terapia riabilitativa o che è degente in una struttura sanitaria sita nel territorio comunale o della Provincia di Savona;
- Autista di pullman e/o accompagnatore turistico, che presta attività di assistenza a gruppi organizzati (min. 20 persone)
- di essere persona con **disabilità** o suo accompagnatore.
- Personale appartenente alle Forze dell'Ordine, nonché al corpo nazionale dei vigili del fuoco che soggiornano per esigenze di servizio;

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 DPR 445/2000.

La presente attestazione è resa in base agli art. 46 e 47 del DPR 445 del 2000 e successive modificazioni e consegnata al gestore della struttura.

ALBENGA, lì

FIRMA DEL DICHIARANTE

-----