

Via Papa Giovanni XXIII, 1 – 25010 TREMOSINE S/G BS - C.F. 00860940170 - P.I. 00583580980 – Tel. 0365 915826 – Fax 0365 953117 – e-mail: tributi@comunetremosine.it – PEC protocollo@pec.comune.tremosine.bs.it – www.comunetremosine.it

COMUNE DI TREMOSINE SUL GARDA

***DICHIARAZIONE MEZZI PUBBLICITARI AGLI EFFETTI DELL’IMPOSTA COMUNALE SULLA PUBBLICITÀ***

Provincia di Brescia

***Area Tributi***

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ**

(ai sensi degli artt. 47 e 48 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Io sottoscritt

C.F. nat il a residente a in tel. cell. e-mail

*ai fini del riconoscimento dell'****esenzione dall'imposta di soggiorno*** *prevista dall'art. 5, comma 1, lettera d, del regolamento comunale,*

consapevole delle responsabilità penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, cui posso andare incontro in caso di dichiarazione mendace,

**D I C H I A R O**

1. che nel periodo dal al ho soggiornato in Tremosine sul Grada presso *(inserire il nome dell'****albergo*** *o* ***altra struttura turistica****);*
2. che tale soggiorno si è reso ***necessario*** per l'***assistenza*** in qualità di familiare accompagnatore *(barrare la casella che interessa)*

del Signor nato a

il residente in pr c.f.

***in quanto tale persona:***

***è stata ricoverata*** presso *(inserire il nome della*

***struttura sanitaria sita in Gardone Riviera*** *presso cui si è svolta la degenza);*

*ovvero*

***non è autosufficiente*** *(come da separata dichiarazione o documentazione)*.

1. Di essere a conoscenza che l'esenzione dall'imposta opera per un ***massimo di due assistenti per ogni degente o non autosufficiente.***

Letto, confermato e sottoscritto.

***Firma*** *leggibile del* *DICHIARANTE*

*Data*

Si autorizza al trattamento dei dati personali contenuti nella presente comunicazione in base all’art. 13 del D.Lgs 196/2003.

(**firma** leggibile del dichiarante)

*N.b.: si allega* ***copia leggibile*** *di un documento d’identità valido*