

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](mailto:tributi@comunetremosine.it) – PEC [protocollo@pec.comune.tremosine.bs.it](mailto: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

*(compilare solo nel caso di dichiarazione rilasciata da chi assiste la persona disabile )*

in qualità di

del Sig.

C.F. nat il a

residente in ( ) via n.

*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**

che *(barrare la casella che interessa)*

il sottoscritto

*ovvero*

\_l\_ Sig.

1. è persona **disabile non autosufficiente** come da certificazione/attestazione in data

rilasciata da *(indicare l'autorità sanitaria che ha riconosciuto la non autosufficienza)* con sede/ufficio in

1. nel periodo dal al ha soggiornato in Tremosine sulGrada presso *(inserire il nome dell'****albergo*** *o* ***altra struttura turistica****)*

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.***