



**DECLARACIÓN DE SUSTITUCIÓN DE CERTIFICACIÓN Y ACTA DE NOTORIEDAD PARA EL PROPÓSITO DE EXENCIÓN DEL PAGO DE LA CONTRIBUCIÓN DE ESTANCIA AMBIENTAL**

(Artt. 46 E 47 D.P.R. 445/2000)

(Art. 6 del Reglamento Municipal de Contribución Ambiental de Estancia)

El abajo firmante \_\_\_\_\_ nacido en \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

El \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente en \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Carretera / Calle \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CHAP \_\_\_\_\_

código de impuestos \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

conforme a los artículos 46 y 47 D.P.R. 445/2000 y consciente de que en caso de no veracidad del contenido de la declaración caduca de cualquier beneficio obtenido, de conformidad con el art. 75 de la D.P.R. 445/2000 y según lo prescrito en el art. 76 sobre la responsabilidad penal en la que se puede incurrir en caso de falsedad en hechos y declaraciones falsas, bajo la responsabilidad propia,

**DECLARA**

Haber permanecido de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ en el siguiente alojamiento: \_\_\_\_\_

ubicado en el Municipio de Sant'Antioco en Carretera / Calle \_\_\_\_\_,

y estar en uno de los casos de exención a que se refiere el art. 6 del Reglamento de la Municipalidad de Sant'Antioco para la Contribución Ambiental para el Alojamiento, y precisamente (*marque la casilla de su interés con X*):

- a)** Persona mayor de 70 años o más;
- b)** Paciente que realiza exámenes médicos, tratamientos o terapias en Day Hospital de día en establecimientos de salud públicos y privados de la provincia (especifique la estructura donde se trata al paciente):  
\_\_\_\_\_ e y el período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_;
- c)** Persona que asiste a un paciente admitido en establecimientos de salud públicos y privados en la provincia (*máximo 1 acompañante por paciente*):  
- especifique el nombre \_\_\_\_\_, apellido \_\_\_\_\_ lugar y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ del paciente;  
- Especificar la estructura en la que se encuentra hospitalizado el paciente \_\_\_\_\_ y el período de \_\_\_\_\_ al a \_\_\_\_\_ .
- d)** padre que ayuda al niño enfermo menor de dieciocho años (en este caso, la exención se extiende a ambos padres):  
- especifique el nombre \_\_\_\_\_, apellido \_\_\_\_\_ lugar y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ del paciente  
- especificar la estructura en la que se encuentra hospitalizado el paciente \_\_\_\_\_ y el período de \_\_\_\_\_ al a \_\_\_\_\_ .
- e)** Sujeto que se queda en un alojamiento como resultado de las medidas tomadas por las autoridades públicas, para hacer frente a situaciones de carácter social y de emergencia debido a eventos calamitosos o extraordinarios o con fines de ayuda humanitaria (*especifique el evento calamitoso o extraordinario*):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- f)** voluntario que presta servicios en casos de desastre (*especifique el evento calamitoso*):

- 
- 
- g)** personal perteneciente a la policía estatal y otras fuerzas armadas que llevan a cabo actividades de orden público y seguridad, tal como se define en la Ley de Seguridad Pública Consolidada R.D. 18 de junio de 1931, n. 773, y al Reglamento de Ejecución posterior de conformidad con R.D. 6 de mayo de 1940, n. 635, que por motivos de servicio se aloja en el Municipio de Sant'Antiocho; *(Especifique el cuerpo de pertenencia y el comando actual del destino del servicio)*
- 
- 

- h)** persona discapacitada *(para los fines de esta exención para personas discapacitadas, la persona discapacitada que no es autosuficiente debe ser entendida);*

- i)** acompañante de una persona discapacitada *(exención válida hasta un máximo de dos acompañantes por persona discapacitada):*

- especifique el nombre \_\_\_\_\_, apellido \_\_\_\_\_ lugar y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ de la persona discapacitada;

- l)** Persona que permanece en el municipio de Sant'Antiocho por motivos laborales *(especificar razones comerciales)*
- 
- 

**El abajo firmante declara ser consciente de que, para aprovechar las exenciones mencionadas en los puntos b), c), d) antes mencionados, se debe presentar una certificación específica del establecimiento de salud al gerente del establecimiento de alojamiento, que certifique los detalles del paciente o paciente. El período de referencia para servicios de salud y hospitalización.**

Esta declaración se ha entregado al gerente / propietario / representante legal del alojamiento.

El suscrito acuerda, de conformidad con el Decreto Legislativo 196/03 y sobre la base de la legislación nacional y de la UE vigente sobre el procesamiento de datos personales / sensibles (Reglamento Europeo 679/2016), el consentimiento para que sus datos puedan procesarse y Sujeto a comunicación a terceros para cumplir con sus obligaciones legales, en el contexto de este procedimiento.

Se adjunta una copia del documento de identificación válido.

Lugar y fecha, \_\_\_\_\_

Firma del declarante

---

*N.B: ANEXO DOCUMENTO DE RECONOCIMIENTO EN CURSO DE VALIDEZ*