

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI  
NOTORIETA' AI FINI DELL'ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL  
CONTRIBUTO AMBIENTALE DI SOGGIORNO

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

(Art. 6 del Regolamento Comunale per il Contributo Ambientale di Soggiorno)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_,  
E-mail \_\_\_\_\_, Pec. \_\_\_\_\_;

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e a conoscenza che in caso di non veridicità del contenuto della dichiarazione decade dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 e di quanto prescritto dall'art. 76 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di aver pernottato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso la seguente struttura ricettiva: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ubicata nel Comune di Sant'Antioco in Via/Piazza  
\_\_\_\_\_

e di trovarsi in uno dei casi di **ESENZIONE** di cui all'art. 6 del Regolamento del Comune di Sant'Antioco per il Contributo Ambientale di Soggiorno e precisamente (*barrare con X la casella di proprio interesse*):

- a)** Persona anziana di età pari o superiore agli anni 70;
- b)** paziente che effettua visite mediche, cure o terapie in regime di Day Hospital presso strutture sanitarie pubbliche e private del territorio provinciale (specificare la struttura presso la quale il paziente risulta effettuare le cure): \_\_\_\_\_ e il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- c)** persona che assiste un degente ricoverato presso strutture sanitarie pubbliche e private del territorio provinciale (*massimo n.1 accompagnatore per paziente*):  
- specificare il nome \_\_\_\_\_, cognome \_\_\_\_\_  
luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ del paziente;  
-specificare la struttura presso la quale il paziente risulta ricoverato \_\_\_\_\_ e il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.
- d)** genitore che assiste il figlio malato minore di anni diciotto (*in questo caso l'esenzione si estende ad entrambi i genitori*):  
- specificare il nome \_\_\_\_\_, cognome \_\_\_\_\_  
luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ del paziente;  
-specificare la struttura presso la quale il paziente risulta ricoverato e il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- e)** soggetto che alloggia in strutture ricettive a seguito di provvedimenti adottati da autorità pubbliche, per fronteggiare situazioni di carattere sociale nonché di emergenza conseguenti ad eventi calamitosi o di natura straordinaria o per finalità di soccorso umanitario (*specificare l'evento calamitoso o di natura straordinaria*):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**f)** volontario che presta servizio in occasione di calamità (*specificare l'evento calamitoso*):

\_\_\_\_\_

**g)** personale appartenente alla polizia di Stato e alle altre forze armate che svolge attività di ordine e sicurezza pubblica, come definita nel Testo Unico di Pubblica Sicurezza R.D. 18 giugno 1931, n. 773, ed al successivo Regolamento di esecuzione di cui al R.D. 6 maggio 1940, n. 635, che per ragioni di servizio alloggia nel Comune di Sant'Antioco;  
(*precisare corpo di appartenenza e comando attuale di destinazione di servizio*)

\_\_\_\_\_

**h)** soggetto disabile (*ai fini della presente esenzione per disabile si deve intendere il portatore di handicap non autosufficiente*);

**i)** accompagnatore di soggetto disabile (*esenzione valida fino ad un massimo di due accompagnatori per disabile*):

-specificare il nome \_\_\_\_\_, cognome \_\_\_\_\_  
luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ del soggetto disabile;

**l)** Soggetto che pernotta nel comune di Sant'Antioco per motivi di lavoro:

(*precisare i motivi di lavoro*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che, per poter usufruire delle esenzioni di cui ai suddetti punti b), c), d), dovrà essere presentata al gestore della struttura ricettiva, apposita certificazione della struttura sanitaria, attestante le generalità del malato o degente e il periodo di riferimento delle prestazioni sanitarie e del ricovero.**

La presente dichiarazione viene consegnata al gestore/titolare/legale rappresentante della struttura ricettiva.

Il/La sottoscritto/a accorda, ai sensi del D. Lgs 196/03 ed in base alla vigente normativa nazionale e comunitaria in materia di trattamento dei dati personali/sensibili (Regolamento Europeo 679/2016), il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge, nell'ambito del presente procedimento.

Si allega copia del documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità.

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_

**Firma del/della dichiarante**

\_\_\_\_\_

**ALLEGARE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'**