

**IMPOSTA DI SOGGIORNO  
DICHIARAZIONE PER ESENZIONE**

(Art. 4 del Regolamento comunale per la disciplina dell'Imposta di soggiorno)



Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, residente  
a \_\_\_\_\_ in (via, p.za, ...) \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail/p.e.c. \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali disposte dall'art. 76 del medesimo D.P.R. a carico di chi dichiara il falso, esibisce un atto contenente dati non più rispondenti a verità, forma atti falsi o ne fa uso;

**DICHIARA**

di aver pernottato dal giorno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ presso la struttura ricettiva denominata \_\_\_\_\_ sita a Jesi in (via, p.za, ...) \_\_\_\_\_  
e di avere diritto, ai sensi dell'art. 4 del Regolamento comunale per la disciplina dell'Imposta di soggiorno approvato con delibera di Consiglio Comunale n. 155/2017, a beneficiare dell'esenzione dal pagamento della suddetta imposta in qualità di (barrare l'opzione che interessa):

- ACCOMPAGNATORE (al massimo uno) DI DEGENTE RICOVERATO PRESSO STRUTTURA SANITARIA**

**COMPLETARE CON I DATI DEL DEGENTE RICOVERATO E DELLA STRUTTURA SANITARIA**

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
in (via, p.za, ...) \_\_\_\_\_  
Struttura sanitaria (denominazione e ubicazione): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- PORTATORE DI HANDICAP NON AUTOSUFFICIENTE IN POSSESSO DI IDONEA CERTIFICAZIONE MEDICA\***

- ACCOMPAGNATORE (al massimo uno) DI PORTATORE DI HANDICAP NON AUTOSUFFICIENTE IN POSSESSO DI IDONEA CERTIFICAZIONE MEDICA\***

**COMPLETARE CON I DATI DEL PORTATORE DI HANDICAP**

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
in (via, p.za, ...) \_\_\_\_\_

\* Non è richiesto allegare la certificazione, il cui possesso verrà verificato dal Comune in sede di controllo

- VOLONTARIO DI ORGANISMO RICONOSCIUTO CHE PRESTA SERVIZIO IN OCCASIONE DI CALAMITÀ**

*ORGANISMO DI APPARTENENZA (denominazione):* \_\_\_\_\_

*CALAMITÀ PER CUI SI PRESTA SERVIZIO:* \_\_\_\_\_

- PERNOTTANTE NELLA STRUTTURA RICETTIVA A SEGUITO DI PROVVEDIMENTO ADOTTATO 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**

*PROVVEDIMENTO (tipologia, numero e data):* \_\_\_\_\_

*AUTORITÀ PUBBLICA EMANANTE (denominazione):* \_\_\_\_\_

- STUDENTE CHE FREQUENTA UN ISTITUTO SUPERIORE OD UNIVERSITARIO SITO NEL TERRITORIO COMUNALE**

*ISTITUTO FREQUENTATO (denominazione):* \_\_\_\_\_

NOTE (eventuali):

---

---

---

ALLEGATI (eventuali):

---

---

Jesi, \_\_\_\_\_  
(data)

**IL/LA DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma)

**Ai sensi dell'art. 4 del Regolamento comunale per la disciplina dell'Imposta di soggiorno la presente dichiarazione è resa al gestore della struttura ricettiva che riscuote l'imposta per conto del Comune.**

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il Comune, titolare del trattamento dei dati personali per finalità di riscossione, utilizza i dati personali dei contribuenti esclusivamente per le finalità istituzionali previste dalla legge, anche quando comunicati a terzi. Il trattamento dei dati avviene anche mediante l'utilizzo di strumenti elettronici, con logiche strettamente correlate alle finalità predette e comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle previsioni di cui all'articolo 11 del D. Lgs. 196/2003. Si informa, inoltre, che possono essere esercitati i diritti di cui all'art. 7 del citato decreto (accesso, aggiornamento, cancellazione, trasformazione, ecc.) rivolgendosi al Titolare o al Responsabile del trattamento dei dati personali.