

Modulo A**IMPOSTA PROVINCIALE DI SOGGIORNO****DICHIARAZIONE DI ESENZIONE**

Ai sensi dell' art. 15 comma 3 della L.P. 12 agosto 2020 n. 8 e dell'art. 3 del D.P.P. 03 Dicembre 2020 n. 15-28/Leg. e degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445

I sottoscritt_		CF	
Nat_ a	Prov/Stato Estero	il	
Residente a		Prov/Stato Estero	
Via/Piazza	n.	CAP	TEL
Indirizzo e-mail			

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, nonché della decadenza dei benefici acquisiti sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese

DICHIARA

- di aver pernottato dal _____ al _____ presso la seguente struttura ricettiva:
denominazione _____
sita nel Comune di _____
- di appartenere ad una delle categorie di seguito indicate, previste dalla legge provinciale (art. 15, comma 3, della L.P. 12 agosto 2020, n. 8) e dal regolamento di esecuzione (art. 3, comma 1, del D.P.P. 3 Dicembre 2020, n. 15-28/Leg) ai fini dell'esenzione dal pagamento dell'imposta provinciale di soggiorno:
 - familiari di pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie e ospedaliere (lettera a, comma 3, art. 15 L.P. n. 8/2020)**
 - forze dell'ordine e di protezione civile nell'esercizio delle loro funzioni (lettera b, comma 3, art 15 L.P. n. 8/2020)**

INDICARE:

corpo di appartenenza _____
sede _____

- soggetto sottoposto a cure terapeutiche presso strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private accreditate, convenzionate con il servizio sanitario nazionale site nel territorio provinciale (lettera b, art. 3 D.P.P. n. 15-28/Leg del 2020).**

INDICARE

denominazione struttura sanitaria _____

periodo di permanenza nella struttura sanitaria _____

- soggetto accompagnatore di pazienti ricoverati presso strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private accreditate, convenzionate con il servizio sanitario nazionale ubicate nel territorio provinciale (lettera c, art. 3 D.P.P. n. 15-28/Leg del 2020).**

Può usufruire dell'esenzione solo un accompagnatore per paziente

- soggetto avente diritto ai sensi dell'art. 3 della Legge 5 febbraio 1992 n. 104 (legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), la cui condizione di disabilità sia certificata ai sensi della vigente normativa italiana e di analoghe disposizioni dei Paesi di provenienza per i cittadini stranieri (lettera d, art. 3 D.P.P. n. 15-28/Leg del 2020)**

INDICARE:

Azienda Sanitaria o Ente certificante la condizione di disabilità _____

sede _____

- accompagnatore soggetto avente diritto ai sensi dell'art. 3 della Legge 5 febbraio 1992 n. 104 (legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), la cui condizione di disabilità sia certificata ai sensi della vigente normativa italiana e di analoghe disposizioni dei Paesi di provenienza per i cittadini stranieri (lettera d, art. 3 D.P.P. n. 15-28/Leg del 2020)**

- richiedente protezione internazionale, minore straniero non accompagnato, vittima di tratta temporaneamente accolto nella struttura ricettiva (lettera e, art. 3 D.P.P. n. 15-28/Leg del 2020)**

INDICARE:

estremi documentazione attestante una delle condizioni sopra indicate (numero atto, data e autorità rilasciante) _____

- soggetto che alloggia in struttura ricettiva a seguito di provvedimenti adottati da autorità pubbliche per fronteggiare situazioni di emergenza conseguenti a eventi calamitosi o di natura straordinaria (lettera f, art. 3 D.P.P. n. 15-28/Leg del 2020)**

INDICARE:

numero provvedimento _____ data _____

autorità pubblica _____

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13 E 14 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI CONFERITI E/O ACQUISITI DALL'ENTE NELL'AMBITO DELLE PROPRIE ATTIVITA' ISTITUZIONALI.

Il Trattamento dei Suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali.

I dati potranno essere trattati da Trentino Riscossioni S.p.A. esclusivamente per lo svolgimento delle attività di competenza e di funzioni istituzionali, in particolare per ogni adempimento necessario all'applicazione di Leggi nazionali, disposizioni della Provincia Autonoma di Trento ed alla attività di riscossione delle entrate per conto degli Enti soci.

Potrà trovare l'informativa completa, resa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, sul sito internet alla sezione privacy all'indirizzo www.trentinoriscossionispa.it.

DATA _____

FIRMA _____

ALLEGARE: COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDA' DEL DICHIARANTE