

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

Ai sensi dell' art. 3 del D.P.P. 16 Aprile 2015 n. 3-17/leg.

_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 veritiere, 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 \_\_\_\_\_

- ✓ e, ai fini dell'**esenzione** dal pagamento dell'imposta di soggiorno, di appartenere ad una delle categorie individuate dal regolamento di esecuzione (art. 3, comma 1 del D.P.P. 16 aprile 2015 n. 3-17/Leg):

- 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).

**INDICARE**

denominazione struttura sanitaria \_\_\_\_\_

periodo di cura \_\_\_\_\_

- 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).

- **può usufruire dell'esenzione massimo un accompagnatore per paziente** -

**INDICARE:**

cognome e nome del paziente \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

ricoverato presso (denominazione struttura sanitaria) \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- operatori della protezione civile, personale appartenente alle forze di polizia, alle forze armate e ai vigili del fuoco se alloggiano nelle strutture ricettive per esigenze di servizio (lettera d);

**INDICARE:**

corpo di appartenenza e sede \_\_\_\_\_

- richiedente protezione internazionale, minore straniero non accompagnato, vittima di tratta temporaneamente accolto nella struttura ricettiva (lettera e);

**INDICARE:**

documentazione attestante una delle condizioni sopra indicate \_\_\_\_\_

- 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).

**INDICARE:**

provvedimento autorità pubblica \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) N. 679/2016 (GDPR) - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONFERITI E/O ACQUISITI ALL'INTERNO DEI PROCEDIMENTI CONNESSI ALLA GESTIONE DELLA RISCOSSIONE.**

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 GDPR 2016/679 (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION). I dati personali sono raccolti da Trentino Riscossioni S.p.A. esclusivamente per lo svolgimento delle attività di competenza e di funzioni istituzionali, in particolare per ogni adempimento doveroso utile all'applicazione od alla riscossione delle entrate degli Enti soci. Potrà trovare l'informativa completa, resa ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR, sul sito internet aziendale alla sezione Privacy ([www.trentinoriscossionispa.it](http://www.trentinoriscossionispa.it)).

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**ALLEGARE: copia documento di riconoscimento in corso di validità.**