

Comune di Sant'Ambrogio di Valpolicella

Via Sengio, 1 - Sant'Ambrogio di Valpolicella 37015(VR)
Centralino ☎ 045 - 6832611 - C.F. / Partita IVA 00242770238
www.comune.santambrogio.vr.it.vr.it - P.E.Cinfo@pec.comune.santambrogio.vr.it.

MODULO B

(da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva per cinque anni)

IMPOSTA DI SOGGIORNO – DICHIARAZIONE PER ESENZIONE

(Regolamento sull'imposta di soggiorno approvato con delibera del Consiglio Comunale n.46 del 30/11/2018)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A
_____ PROV. _____ IL ____/____/____ RESIDENTE A
_____ PROV. ____ VIA/PIAZZA
_____ N. _____ CAP _____ TEL

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA

DI AVER PERNOTTATO DAL _____ AL _____ PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA
_____ E CHIEDO L'ESENZIONE PER LE
SEGUENTI CASISTICHE:

- RESIDENTE NEL COMUNE DI SANT'AMBROGIO DI VALPOLICELLA _____ (art.5, comma 1 del Regolamento)
- IN QUALITA' DI GENITORE/ACCOMPAGNATORE DI NUMERO MINORI FINO AL 14° ANNO COMPRESO (art.5, comma 1, lett. a) del
Regolamento) NUMERO: _____
- TERAPIE PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA _____
SITA IN _____
VIA/PIAZZA _____ DAL _____
AL _____ (art.5, comma 1, lett. b) del Regolamento)
- IN QUALITA' DI GENITORE/ACCOMPAGNATORE DELEGATO DI PERSONA AMMALATA Sig./ra
_____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____
(possono usufruire dell'esenzione al massimo n. 2 persone per paziente), SOTTOPOSTA A:
- RICOVERO PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA _____
SITA IN _____ - VIA/PIAZZA _____
DAL _____ AL _____ (art.5, comma 1, lett. c) del Regolamento)
- IN QUALITA' DI PORTATORE DI HANDICAP NON AUTOSUFFICIENTE (art.5, comma 1, lett. d) del Regolamento)
- ACCOMPAGNATORE DI PERSONA DIVERSAMENTE ABILE NON AUTOSUFFICIENTE
Sig. /ra _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____
_____ (art.5, comma 1, lett. d) del Regolamento)

IN QUALITA' DI AUTISTA DI PULLMAN DI UN VIAGGIO ORGANIZZATO DI ALMENO 25 PERSONE PER CONTO DELLA DITTA _____
VIA/PIAZZA _____ N. _____
CITTA _____ C.A.P. _____ CODICE FISCALE _____
PARTITA IVA _____

(art.5, comma 1, lett. e) del Regolamento)

IN QUALITA' DI ACCOMPAGNATORE TURISTICO CHE PRESTA ATTIVITA' DI ASSISTENZA A GRUPPO ORGANIZZATO DI ALMENO 25 PERSONE PER CONTO DELLA DITTA _____
VIA/PIAZZA _____ N. _____ CITTA _____
C.A.P. _____ CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____

(art.5, comma 1, lett. e) del Regolamento)

IN QUALITA' DI APPARTENENTE ALLE FORZE DI POLIZIA STRADALE, PROVINCIALE E LOCALE, NONCHE' AL CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO CHE PERNOTTANO PER ESIGENZE DI SERVIZIO (art.5, comma 1, lett. f) del Regolamento)

IN QUALITA' DI VOLONTARIO APPARTENENTE AL SEGUENTE ORGANISMO _____
IN SERVIZIO IN OCCASIONE DEL SEGUENTE EVENTO _____
ORGANIZZATO DAL COMUNE / PROVINCIA / REGIONE O PER EMERGENZA AMBIENTALE (art.5, comma 1, lett. g) del Regolamento)

SOGGETTI CHE ALLOGGINAO IN STRUTTURE RICETTIVE A SEGUITO DI PROVVEDIMENTI ADOTTATI DA AUTORITA' PUBBLICHE PER FRONTEGGIARE SITUAZIONI DI EMERGENZA CONSEGUENTI A EVENTI CALAMITOSI O DI NATURA STRAORDINARIA E PER FINALITA' DI SOCCORSO UMANITARIO (art.5, comma 1, lett. h) del Regolamento)

IN QUALITA' DI APPARTENENTE AL PERSONALE DELLA STRUTTURA RICETTIVA OVE SVOLGE L'ATTIVITA' LAVORATIVA¹

Il/La sottoscritto/a ha reso la suddetta dichiarazione consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76 del DPR 445/2000. La presente attestazione è resa in base agli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 e successive modificazioni e consegnata al gestore della struttura.

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR)

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) il Comune di Sant'Ambrogio di Valpolicella (nel seguito anche "Ente") fornisce la seguente informativa:

1. I dati personali (nel seguito "Dati") richiesti sono raccolti per l'espletamento delle funzioni istituzionali del Comune di Sant'Ambrogio di Valpolicella in relazione al pagamento dell'imposta di soggiorno.
2. Il conferimento dei Dati per le finalità indicate ha natura obbligatoria a tal riguardo si precisa che la mancata presentazione, in tutto o in parte, dei Dati richiesti può comportare per l'Ente l'impossibilità di espletare le funzioni richieste.
3. I Dati verranno trattati con sistemi manuali e/o automatizzati esclusivamente da soggetti autorizzati all'assolvimento di tali compiti, ed incaricati del trattamento e con l'impiego di misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza del soggetto interessato, l'indebito accesso a soggetti terzi o a personale non autorizzato.
4. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma circa l'esistenza di dati che lo riguardano, di conoscere la loro origine, le finalità e le modalità del trattamento, la logica applicata nonché ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione dei dati, la loro cancellazione, la trasformazione in forma anonima, blocco in caso di trattazione in violazione di legge ed infine il diritto di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento, a fini di invio di materiale pubblicitario, di vendita diretta, di compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, come previsto dalla normativa vigente.

Il Titolare del trattamento dei Dati è il Comune di Sant'Ambrogio di Valpolicella, con sede in Sant'Ambrogio di Valpolicella (VR) – Via Sengio n. 1 - mentre i responsabili nominati sono conoscibili contattando l'Ufficio Tributi la sede dell'Ente stesso oppure tramite mail al seguente indirizzo: tributi@comune.santambrogio.vr.it

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa privacy completa consultabile sul sito internet dell'ente nella sezione Amministrazione/Uffici/Tributi/Modulistica varia del sito istituzionale del Comune di Sant'Ambrogio di Valpolicella.

DATA _____

FIRMA _____

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

Visto o certificazione della struttura sanitaria che certifica il ricovero del paziente.