

**FAC SIMILE RICHIESTA DI ESENZIONE GRUPPI INVALIDI
AI SENSI DELL'ART. 4 COMMA 1 LETT. I-BIS)
DEL REGOLAMENTO COMUNALE
SULL'IMPOSTA DI SOGGIORNO**

**DA COMPILARE, SOTTOSCRIVERE
E STAMPARE SU CARTA INTESTATA**

Al Comune di Gabicce Mare
Ufficio Tributi
Via C. Battisti 66
61011 Gabicce Mare (PU)

Oggetto: Richiesta esenzione ai sensi dell'art. 4, comma 1, lett. I-bis) del Regolamento Comunale dell'Imposta di Soggiorno.

Il sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (____) C.F. _____
residente in _____ (____) via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
recapito telefonico _____ indirizzo e-mail _____
in qualità di _____ dell'Associazione/Fondazione _____
C.F./ P.IVA _____ sede legale a _____ (____) via/piazza
_____ n. _____ con riferimento alla struttura ricettiva _____
ubicata in _____ via/piazza _____ n. _____
classificazione alberghiera _____ tipologia extra-alberghiera _____

consapevole che con Deliberazioni di Consiglio Comunale n. 15/2012 e successive modificazioni, il Comune di Gabicce Mare ha introdotto, a decorrere dal 01/06/2015, l'Imposta di Soggiorno prevista dall'art. 4 del D. Lgs n. 23/2011;

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. n. 445 del 28 Dicembre 2000;

COMUNICA

che, presso la struttura ricettiva denominata _____, soggiognerà il gruppo di disabili organizzato dalla scrivente Associazione /Fondazione. Il Soggiorno decorrerà dal _____ con partenza il _____ e sarà composto da un totale di nr. _____ soggiornanti, di cui nr. _____ soggetti invalidi al 100% e nr. _____ riferiti ai relativi accompagnatori.

SI CHIEDE

pertanto l'esenzione dell'imposta di soggiorno per il periodo sopra indicato, ai sensi dell' art. 4 comma i-bis del Regolamento dell'Imposta di Soggiorno, dichiarando che le persone che alloggeranno presso la struttura sono invalidi al 100% e verranno assistiti dai relativi accompagnatori.

A tal fine, si trasmette in allegato alla presente, l'elenco dei soggiornanti e relativi accompagnatori che alloggeranno nella struttura.

ALLEGATO:

- 1) copia del documento di identità del dichiarante.
- 2) elenco degli alloggiati distinti per accompagnatori ed invalidi al 100%

Gabicce Mare, li _____

IL DICHIARANTE
(timbro e firma)

ELENCO SOGGIORNANTI INVALIDI AL 100%			ELENCO ACCOMPAGNATORI DEI SOGGIORNANTI INVALIDI AL 100%		
COGNOME E NOME	LUOGO NASCITA	DATA NASCITA	COGNOME E NOME	LUOGO NASCITA	DATA NASCITA

ASSOCIAZIONE / FONDAZIONE
(timbro e firma)
