

**MODULO A****IMPOSTA DI SOGGIORNO - ATTESTAZIONE PER ESENZIONE**

(Regolamento sull'imposta di soggiorno nel Comune di Lodi approvato con delibera del Consiglio Comunale n°39 del 19 giugno 2012)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

|                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CODICE<br>FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, previste dall'art.76 del DPR 445/2000.

**DICHIARA**DI AVER PERNOTTATO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA  
DENOMINATA: \_\_\_\_\_

POSTA IN VIA/LOC. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

A LODI PER UNO DEI SEGUENTI FINI:

☐ IN QUALITA' DI AUTISTA DI PULLMAN PER CONTO DELLA DITTA \_\_\_\_\_

CON SEDE IN VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ PARTITA IVA \_\_\_\_\_

☐ IN QUALITA' DI ACCOMPAGNATORE TURISTICO CHE PRESTA ATTIVITA' DI  
ASSISTENZA A GRUPPI ORGANIZZATI PER CONTO DELLA DITTA \_\_\_\_\_

CON SEDE IN VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ PARTITA IVA \_\_\_\_\_

☐ IN QUALITA' DI DEGENTE

☐ IN QUALITA' DI ACCOMPAGNATORE DI PERSONA SOTTOPOSTA A RICOVERO PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA \_\_\_\_\_  
POSTA IN VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
DAL GIORNO \_\_\_\_\_ AL GIORNO \_\_\_\_\_ (il sottoscritto su richiesta del Comune di Lodi di impegna a rilasciare le generalità della persona ricoverata nonché la documentazione attestante tale condizione.)

☐ IN QUALITA' DI PORTATORE DI HANDICAP NON AUTOSUFFICIENTE CON IDONEA CERTIFICAZIONE MEDICA E IL LORO ACCOMPAGNATORE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐ PERSONE OSPITI DELLE STRUTTURE RICETTIVE COLPITE DA SITUAZIONI DI EMERGENZA O CALAMITA' NATURALI

Il sottoscritto ha reso le suddette dichiarazioni, opzioni ed informazioni, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'articolo n.76 del DPR n. 445/2000 e consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione, come previsto dall'articolo n.75 del DPR n. 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.

NOTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_



**MODULO B**

**IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE DI NON PAGAMENTO**

Il sottoscritto.....  
nato a.....Prov.....il...../...../.....  
codice fiscale.....in qualità di legale rappresentante della società  
.....codice fiscale/partita Iva  
.....con riferimento alla struttura ricettiva  
.....ubicata in Lodi – Via/Loc.  
.....tipologia:.....

**DICHIARA**

che gli ospiti elencati nell'allegata lista

☐ HANNO PERNOTTATO PRESSO QUESTA STRUTTURA RICETTIVA

☐ SI SONO RIFIUTATI DI ASSolvere AL PAGAMENTO COMPLESSIVO DI  
€\_\_\_\_\_DOVUTI AL COMUNE DI LODI A TITOLO DI IMPOSTA DI  
SOGGIORNO.

**Il sottoscritto ha reso le suddette dichiarazioni, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'articolo n.76 del DPR n. 445/2000 e consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione, come previsto dall'articolo n. 75 del DPR n. 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.**

**ALLEGATI:**

Copia del documento di identità del dichiarante;

Lista degli ospiti che si sono rifiutati di versare l'imposta.

DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

