



**IMPOSTA DI SOGGIORNO
AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELL'ESENZIONE**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____ N. tel. _____

Via _____ N. _____ Scala _____ Piano _____

Indirizzo mail _____ @ _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DICHIARA

Di aver pernottato dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ presso la seguente struttura ricettiva sita nel territorio del Comune di Pregnana Milanese: _____

E, ai fini del diritto all'esenzione dal pagamento dell'Imposta di Soggiorno ai sensi del vigente Regolamento Comunale, di:

- Essere uno studente di età non superiore ai 26 anni
- Di appartenere al personale delle Forze o Corpi armati statali, provinciali o locali, nonché del Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco e della Protezione Civile che ha soggiornato per esigenze di servizio
- Di assistere il ricoverato sig./sig.ra _____ presso la seguente struttura sanitaria sita nel territorio del Rhodense e della Città Metropolitana di Milano:

- Di proseguire le cure a seguito di ricovero ospedaliero presso la seguente struttura sanitaria sita nel territorio del Rhodense e della Città Metropolitana di Milano:

- Di assistere il sig./sig.ra _____ durante il proseguimento delle cure a seguito di ricovero ospedaliero presso la seguente struttura sanitaria sita nel territorio del Rhodense e della Città Metropolitana di Milano: _____

- Di avere un'invalidità pari o superiore al 75%
- Di alloggiare nella struttura ricettiva a seguito di provvedimenti adottati da autorità pubbliche per fronteggiare situazioni di carattere sociale, nonché di emergenza, conseguenti a eventi calamitosi o di natura straordinaria o per finalità di soccorso umanitario (allegare idonea documentazione)
- Di essere un cittadino straniero richiedente protezione internazionale, arrivato a seguito di flussi non programmati ai quali è riconosciuto lo status di “profugo”, rientranti o non rientranti in piani straordinari nazionali di accoglienza (allegare idonea documentazione)
- Di essere il gestore della struttura ricettiva o un familiare, dipendente o altro collaboratore

Data ___ / ___ / ___

Firma del dichiarante _____