

Modulo ADa conservare a cura del
gestore della struttura
ricettivaSpett.le
Comune di Napoli
Corso Arnaldo Lucci n. 66-82
80142 Napoli**IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE****per i pazienti in trattamento sanitario ricoverati in day-hospital presso strutture sanitarie del territorio comunale, per coloro che assistono degenti ricoverati presso strutture sanitarie, in ragione di un accompagnatore per paziente e genitori accompagnatori di malati minori di diciotto anni***(Regolamento sull'Imposta di Soggiorno nella Città di Napoli approvato con deliberazione di Consiglio Comunale n. 20 del 21 giugno 2012 e modificato con deliberazione di Consiglio Comunale n. 46 del 16 settembre 2013)*

La/Il Sottoscritta/o _____ nata/o a _____ Prov. _____

il ___/___/___ Residente in _____ Prov. _____

alla Via _____ N. _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____

E-Mail _____ Nazionalità _____

CODICE 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 _____

in qualità di:

paziente in trattamento sanitario ricoverato in day-hospital presso struttura sanitaria del territorio comunale;

accompagnatore (in ragione di uno) assistente di degente ricoverato presso struttura sanitaria;

genitori accompagnatori di malato minore di diciotto anni;

Il sottoscritto ha reso le suddette dichiarazioni, opzioni e informazioni, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del DPR 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'art. 75 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.

Informativa ex art. 13 D. Lgs. N. 196/2003 per il trattamento dei dati personali.

In osservanza di quanto disposto dall'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, la Città di Napoli, in qualità di soggetto giuridico Titolare e Responsabile del trattamento dei dati personali, La informa che i dati da Lei forniti verranno trattati, anche con strumenti informativi, nei limiti della normativa per l'esclusiva finalità di cui al presente procedimento. Il gestore della struttura ricettiva ha l'obbligo di conservare per cinque anni tale dichiarazione, al fine di rendere possibili i controlli tributari da parte del Comune di Napoli, che agisce quale titolare del trattamento dei dati in essa contenuti.

Nell'ambito del trattamento medesimo Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.

Per presa visione _____

Allegati:**-certificazione della struttura sanitaria attestante le generalità del malato/degente e il periodo di riferimento delle prestazioni sanitarie o del ricovero;****-copia leggibile del documento di identità del dichiarante;**

DATA _____

FIRMA _____

IL SOTTOSCRITTO, SU RICHIESTA DEL COMUNE DI NAPOLI, E' TENUTO A RILASCIARE LE GENERALITA', NONCHE' LA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE IL RICOVERO O LE GENERALITA' DELLA PERSONA RICOVERATA, NONCHE' LA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE IL RICOVERO DELLA PERSONA ASSISTITA.