



COMUNE DI CERIALE
IMPOSTA DI SOGGIORNO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____ C.F. _____

residente _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 DPR n. 445/2000) e informato/a che i dati forniti potranno essere utilizzati ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003

DICHIARA

di aver pernottato dal _____ al _____

presso la struttura ricettiva _____

per uno dei seguenti motivi:

☐ persona sottoposta a terapia riabilitativa dal _____ al _____

presso la struttura sanitaria _____

☐ persona che assiste il degente _____

ricoverato dal _____ al _____ presso la struttura sanitaria _____

☐ genitore accompagnatore del minore di 18 anni _____

dal _____ al _____ Sottoposto a terapia riabilitativa ovvero ricoverato
nella struttura sanitaria _____

La presente dichiarazione è consegnata al gestore della struttura ricettiva.

Data _____

Il dichiarante

Allegato: copia documento d'identità del dichiarante.

