



COMUNE DI LISSONE

UNITA' ENTRATE E CATASTO

Via Gramsci n. 21 – 20851 LISSONE  
Tel 039/7397.229/230/355/231  
Fax 039/ 7397274  
E-mail [tributi@comune.lissone.mb.it](mailto:tributi@comune.lissone.mb.it)  
PEC [pec@comunedilissone.it](mailto:pec@comunedilissone.it)

**Unità Entrate e Catasto**  
**Comune di Lissone**  
**Via Gramsci n. 21 – 20851 LISSONE MB**

**AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELL'ESENZIONE DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO**  
**Persone soggette a terapie – Coloro che assistono degenti ricoverati**

*(da compilare a cura dell'ospite della struttura ricettiva ai sensi dell'art. 5, comma 2, del Regolamento approvato con delibera di Consiglio Comunale n° 11 del 27/02/2015)*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ int \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci; ed inoltre, della decadenza dal beneficio, oggetto della presente istanza, nel caso di non veridicità del contenuto delle dichiarazioni medesime, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,**

**DICHIARA**, sotto la propria responsabilità

di aver pernottato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso la struttura ricettiva \_\_\_\_\_

- in qualità di accompagnatore di degenti ricoverati presso strutture sanitarie della Provincia di Monza (per assistenza sanitaria),**

in particolare, presso la struttura sanitaria \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- in qualità di accompagnatore del degente, minore di 18 anni, ricoverato presso strutture sanitarie della Provincia di Monza (per assistenza sanitaria),**

in particolare, presso la struttura sanitaria \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- per effettuare terapie presso strutture sanitarie della Provincia di Monza,**

in particolare, presso la struttura sanitaria \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**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

Lissone, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ \_\_\_\_

IN FEDE

---

INFORMATIVA CODICE SULLA PRIVACY, ai sensi dell' art. 7 e 13 del D.Lgs. 196/03.

Il trattamento dei suoi dati personali è finalizzato unicamente all'esame ed allo svolgimento della procedura richiesta, ed ad informarla sull'esito della Sua richiesta. Il conferimento dei dati non è obbligatorio, l'eventuale rifiuto comporta l'impossibilità di ottenere una risposta. Il trattamento sarà effettuato dai soggetti incaricati, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, in grado di tutelare e garantire la riservatezza dei dati, secondo quanto previsto dal D. Lgs.196/03. I Dati potranno essere comunicati ad altri Enti solo per i fini istituzionali inerenti l'espletamento della sua richiesta. Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Lissone, ed il responsabile del trattamento è il Dirigente del settore Finanze e Bilancio dott. Giovanni Magni del Comune di Lissone.

Lissone, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ \_\_\_\_

IN FEDE

---

**N.B. : IL PRESENTE MODELLO DEVE ESSERE CONSEGNATO AL COMUNE DI LISSONE – UNITA' ENTRATE E CATASTO OPPURE TRASMESSO AL COMUNE DI LISSONE – UNITA' ENTRATE E CATASTO ENTRO QUINDICI GIORNI DALLA FINE DI CIASCUN TRIMESTRE SOLARE ALL'INDIRIZZO PEC [pec@comunedilissone.it](mailto:pec@comunedilissone.it)**

20851 LISSONE MB  
Tel 0397397.229/230/231/338/355 Fax 0397397274  
E-mail [tributi@comune.lissone.mb.it](mailto:tributi@comune.lissone.mb.it)  
PEC [pec@comunedilissone.it](mailto:pec@comunedilissone.it)

martedì – giovedì - venerdì  
mercoledì

8.30/13.30  
14.30/18.00