{da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva)

# ALLEGATO "B"

**IMPOSTA DI SOGGIORNO -ATTESTAZIONE PER ESENZIONE**

(soggetti che effettuano terapie con pernottamento nella struttura ricettiva)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A NATO/A A Prov. ( )

IL RESIDENTE A PROV. VIA/PIAZZA. \_

N. CAP TEL. CELL. FAX \_ E-MAIL C.F.:

# DICHIARA

DI AVER PERNOTTATO DAL AL PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA

PER EFFETTUARE

**TERAPIE** PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA

SITA IN VIA/PIAZZA

DAL AL

Il/La sottoscritto/a ha reso la suddetta dichiarazione consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

La presente attestazione è resa in base agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. e consegnata al gestore della struttura.

NOTE:

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA \_ FIRMA