CORVINO RESORT Srl
Sede legale ed operativa: 70043 Monopoli
Viale Aldo Moro 4
Tel. 080.9306555 - Fax 080.9306542
P.Iva e Codice fiscale 07469250729
www.corvinoresort.com - corvinoresortsrl@gmail.com

IMPOSTA DI SOGGIORNO
ATTESTAZIONE PER ESENZIONE DISABILE

(Regolamento sull'imposta di soggiorno della Città di Monopoli)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ PROV._____ IL _____/_____/_____

RESIDENTE A _____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ _____ N. _____ CAP _____ TEL

_____ CELL_____ FAX _____ E-MAIL

_____

CODICE FISCALE																

AVENDO PERNOTTATO DAL _____ AL _____ PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA

_____

D I C H I A R A

DI ESSERE DISABILE AI SENSI DELLA LEGGE 104/1992 E DI AVER NECESSITÀ DI INTERVENTO ASSISTENZIALE PERMANENTE

Il sottoscritto ha reso le suddette dichiarazioni consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità e 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 Monopoli, 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 informatici, 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 Monopoli, 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.

NOTE_____

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA _____ FIRMA

_____

Il presente modello va conservato a cura della struttura ricettiva ed allegato in copia alla dichiarazione annuale completo di documento di riconoscimento del dichiarante.

Firma per presa visione titolare struttura ricettiva _____