

DICHIARA

AI SENSI DEL REGOLAMENTO PER L'APPLICAZIONE DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO NEL COMUNE DI CEFALU':

- DI AVER PERNOTTATO DAL _____ AL _____ PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA _____ PER FINI DI ASSISTENZA SANITARIA NEI CONFRONTI DI PERSONA RICOVERATA DAL _____ AL _____ PRESSO _____ LA STRUTTURA SANITARIA _____

VIA/PIAZZA _____

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

Il sottoscritto ha reso le suddette dichiarazioni, opzioni ed informazioni, 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, il Comune di Cefalù, 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 Cefalù, 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.

(Luogo e data)

Per Presa Visione

NOTE: _____

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA _____

FIRMA
