

**Servizio Tributi dell'Unione Territoriale Intercomunale Agro Aquileiese**

Piazza Indipendenza 1 - 33052 Cervignano del Friuli (UD) - tel. 0431 388502

e-mail: [tributi@agroaquileiese.utifvg.it](mailto:tributi@agroaquileiese.utifvg.it)

**AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELL' ESENZIONE DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO**

(da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva per minimo cinque anni)

**SELF-CERTIFICATION FOR TOURIST TAX EXEMPTION**

(to be preserved by the accomodation staff for 5 years minimum)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A *I undersigned* \_\_\_\_\_

NATO/A A *born in* \_\_\_\_\_ IL *on the* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

INDIRIZZO *address* \_\_\_\_\_

**DICHIARA/DECLARE**

DI AVER PERNOTTATO DAL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*to have stayed overnight from \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ to \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_*

PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA \_\_\_\_\_  
*At the housing accomodation* \_\_\_\_\_

**E DI TROVARSI IN UNO DEI CASI DI ESENZIONE DI CUI ALL'ART. 5 DEL REGOLAMENTO COMUNALE PER L'IMPOSTA DI SOGGIORNO E PRECISAMENTE**

(barrare il box con la motivazione corretta) :

**and to be included in one of the exemption cases based on art. 5 of Tourist Tax Municipality Regulation and precisely;**

(tick the box with the correct motivation) :

- in qualità di \_\_\_\_\_ per n° \_\_\_\_ minori fino al compimento del 18°anno di età;  
*in quality of \_\_\_\_\_ for n. \_\_\_\_ minors up to the eighteenth birthday achievement;*
- volontari che prestino servizio in occasione di calamità;  
*volunteer providing service in occasion of natural disasters;*
- portatori di handicap e le persone non autosufficienti, o con particolari patologie invalidanti le cui predette condizioni risultino certificate ai sensi della vigente normativa regionale/nazionale del paese di provenienza;  
*disabled person, non self-sufficient person or person with disabling diseases certificated according to the current local/national laws of the origin country;*
- accompagnatore di portatori di handicap;  
*disabled persons companion;*
- soggetti soggiornanti per esigenze lavorative certificate con autodichiarazione del dipendente e del datore di lavoro. (allegare dichiarazione del datore di lavoro)  
*resident for workneeds to be proved by employer- or employee self-certifications (attach the employer certification);*

Note/Notes.....  
.....  
.....

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76 del DPR 445/2000.

***I undersigned declare to be aware of the sanctions in case of false and mendacious declarations according to the article 76 of DPR 445/2000.***

La presente attestazione è resa in base agli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 2000 e successive modificazioni e consegnata al gestore della struttura ricettiva.

**The present declaration, released according to the articles 46-47 of DPR 445/2000 and subsequent modifications, is given to the accommodation staff.**

**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 e s.m.i., il Comune di Aquileia, 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. Nell'ambito del trattamento medesimo Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.

**Information according to art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 for the processing of personal data.** The Municipality of Aquileia, as holder and responsible for the processing of personal data, informs that your data will be processed – also with IT tools – for the exclusive purpose of this subject. You can however claim your rights on the base of art. 7 of D.Lgs. n. 196/2003.

**Allegati: Copia del documento di identità del dichiarante.**

*Attachments: Copy of guest's identity document*

Aquileia, li \_\_\_\_\_  
Aquileia, \_\_\_\_\_  
date

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_  
Signature