



COMUNE DI MILAZZO  
(PROVINCIA DI MESSINA)  
SERVIZIO TRIBUTI

**IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE**  
**(accompagnatore/genitore di malati che effettuano terapie o sono ricoverati)**  
(DA COMPILARE A CURA DELL'OSPITE DELLA STRUTTURA RICETTIVA)  
(Art. 4 del Regolamento dell'Imposta di Soggiorno)

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ telefoni \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76 del DPR 445/20000)

**DICHIARA**

1) Di essere giunto presso la struttura ricettiva sita in Milazzo e denominata \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e di essere esente ai sensi dell'art. 4 del  
Regolamento del Comune di Milazzo in quanto: (sbarrare la casella che interessa)

- Accompagnatore di persona malata sottoposta :
- Terapie presso la struttura sanitaria \_\_\_\_\_  
Via/piazza \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Ricovero presso la struttura sanitaria \_\_\_\_\_  
Via/piazza \_\_\_\_\_ 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.

NOTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALLEGATI: Copia del documento di identità del dichiarante  
Attestazione rilasciata dalla struttura sanitaria

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**  
(ospite della struttura ricettiva)

**MODULO D**

(Originale da trasmettere all'Ufficio e copia da conservare a cura del gestore della struttura)