**COMUNE DI BIBBONA**

**Provinz Livorno**

**AUFENTHALTSABGABE**

**ERLASS ERKLÄRUNG**

***(nach Art. 3 der Aufenthaltsabgabe Verordnung)***

KUNDE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geboren in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provinz.\_\_\_ am \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ wohnhaft in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provinz. \_\_\_\_ Strasse/Platz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterkunft c/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anzahl der Gäste . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anzahl der Nächte. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Ich erkläre hiermit aus folgendem Grund Anrecht auf den Erlass der Aufenthaltsabgabe zu haben***

*(bitte ankreuzen)*:

□ Minderjährige/r unter 14 Jahren;

□ Familienmitglied einer sich im Krankenhaus befindenden Person welches sich in einer Unterkunft nach Art.1 aufhalten muss um die nötige Hilfe leisten zu können;

□ nicht in der Gemeinde Bibbona ansässige Person, welche im Gemeindegebiet von Bibbona arbeitet (spezifizieren) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ Personen welche sich durch Massnahmen von öffentlichen Behörden in einer Unterkunft aufhalten auf Grund von Naturkatastrophen oder anderer Anlässe aussergewöhnlicher Natur oder um humanitäre Hilfe zu leisten.

□ Busfahrer

□ Reiseleiter welche Gruppen von Reiseagenturen begleiten (Gebührenfrei für eine Begleitperson je 25 Teilnehmer)

□ nicht selbstständige/r Behinderte/r mit Begleitperson

Personalien der Begleitperson:

Nachname Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geboren in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

am \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ wohnhaft in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_ Strasse/Platz

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_ Steuernummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zu diesem Zweck lege ich geeignetes ärztliches Zeugnis vor.

*Der Unterzeichnete hat diese Erklärung abgegeben in Kenntnis der Strafen, nach Art. 76 des Dekrets D.P.R. 445/2000, in Falle von Täuschung und falschen Angaben*

*Diese Zertifizierung wird nach Art. 46 e 47 des Dekrets D.P.R. 445/2000 erteilt*

*Ort und Datum………………………………*

***Lesbare Unterschrift des Erklärungsabgebenden***

**.……………………………………..**