**COMUNE DI BIBBONA**

**Provincia Livorno**

**Taxe de sejour**

**DECLARATION D'EXEMPTION**

(conformément à l'art. 3 du Règlement sur la taxe de sejour)

CLIENT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ né à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ résident\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rue/Place \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ code postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Logè dans \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A partir de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ jusqu’à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nombre de personnes. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nombre de nuits. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Je déclare avoir droit de bénéficier de l’exemption de la taxe de séjour pour la raison suivante** (cocher la case appropriée):

□ Mineur de 14 ans;

□ Parent d’une personne hospitalisée, qui doit rester dans le logement pour assurer l'assistance nécessaire;

□ Personne non-résident dans la municipalité qui travaille à

(spècifier) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ Personne qui est à Bibbona pour de measures des Autoritès publiques, pour de situation d’urgence, resultant de catastrophes naturelles ou d'événements de nature exceptionnelle ou à des fins d'aide humanitaire;

□ Chauffeur de bus;

□ Guide touristique qui aide les groupes organisés par les agences de voyage

(L 'exemption s'applique à un guide pour chaque tranche de 25 participants);

□ Personne handicapées accompagnateur-dépendante;

Generalitè du accompagnateur:

Surnom, Nom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ né \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ résident\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_ Rue/Place

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_ Code fiscal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je vous prèsente un certificate medical

Le soussigné conscient du fait qu'une déclaration fausse, inexacte ou incomplète peut donner lieu à une sanction pénale conformément à l'article 76 D.P.R. 445/2000, affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète (art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

*Lieu et date………………..*

*Signature………………………..*