

IMPOSTA DI SOGGIORNO – DICHIARAZIONE PERIODICA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL ___ / ___ / ___

RESIDENTE A _____ PROV. _____ VIA/PIAZZA _____

_____ N. _____ CAP _____

CODICE FISCALE _____

TELEFONI _____

FAX _____ E-MAIL _____

IN QUALITÀ DI _____ DELLA SOCIETÀ _____

CODICE FISCALE / PARTITA IVA _____

SEDE LEGALE _____ CON RIFERIMENTO ALLA
STRUTTURA RICETTIVA _____

UBICATA IN _____ CLASSIFICAZIONE

ALBERGHIERA _____ TIPOLOGIA

EXTRALBERGHIERA _____

**consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci,
così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445**

DICHIARA

(compilare anche in caso di presenza pari a zero)

- di aver avuto presso la propria struttura ricettiva nel periodo

MARZO (escluso solo per l'anno 2015)

APRILE

MAGGIO

GIUGNO

LUGLIO

AGOSTO

SETTEMBRE

OTTOBRE

DELL'ANNO _____

N° OSPITI SOGGETTI AD IMPOSTA	N° PERNOTTAMENTI SOGGETTI AD IMPOSTA	EURO A NOTTE	TOTALE IMPOSTA DOVUTA EURO

- che gli ospiti che hanno pernottato per un periodo maggiore di 4 notti consecutive (per alberghi, campeggi, casa per ferie, ostello, affittacamere) e per un periodo maggiore di 7 notti consecutive (per agriturismi, casa vacanze, residenze e residenza d'epoca) sono stati n° _____ con un totale pernottamenti n° _____

DICHIARA inoltre le seguenti informazioni sui pernottamenti esenti dell'imposta

- che gli ospiti residenti nel Comune di Tavarnelle Val di Pesa sono stati n° _____ con pernottamenti n° _____;
- che i minori di anni 14 sono stati n° _____ con pernottamenti n° _____;
- che i malati (anche ricoverati in day hospital) sono stati n° _____ con pernottamenti n° _____;
- che gli accompagnatori dei degenti sono stati n° _____ con pernottamenti n° _____;
- che gli ospiti, a seguito dei provvedimenti adottati da autorità pubbliche per fronteggiare situazioni di emergenza conseguenti a eventi calamitosi o di natura straordinaria o per finalità di soccorso umanitario sono stati n° _____ con pernottamenti n° _____;
- che le guide e autisti di pullman per ogni gruppo di 20 persone sono stati n° _____ con pernottamenti n° _____;
- che i soggetti portatori di handicap non autosufficienti sono stati n° _____ con pernottamenti n° _____;
- che gli accompagnatori dei soggetti portatori di handicap non autosufficienti sono stati n° _____ con pernottamenti n° _____;
- che i dipendenti/collaboratori di azienda convenzionata sono stati n.° _____ con pernottamenti n° _____;

DICHIARA inoltre

- che ha effettuato il pagamento di euro _____ in data _____ mediante:
 - bonifico bancario: CRO n° _____
 - versamento diretto presso la Tesoreria Comunale: quietanza n° _____
- che ha chiesto la compensazione di euro _____ per imposta pagata in eccedenza nel periodo _____

DICHIARA infine le generalità dei contribuenti che non hanno corrisposto l'imposta:

Cognome e Nome _____
 Nato a _____ il _____
 Residente a _____

Cognome e Nome _____
 Nato a _____ il _____
 Residente a _____

Note: _____

Allegati: copia del documento di identità del dichiarante

Data _____ Firma _____.

Le attestazioni rese in base all'art. 4 del regolamento sull'imposta di soggiorno sono trattenute dal gestore della struttura e messe a disposizione su richiesta dell'amministrazione comunale.