

**Dichiarazione mensile ai fini dell'Imposta di Soggiorno ANNO 2021**

(articolo 6 del Regolamento dell'Imposta di Soggiorno Comune di Todi -  
approvato con Delibera di Consiglio Comunale n. 71 del 26/10/2017  
e modificato con Delibera Consiglio Comunale n. 89 del 28/12/2018 e Delibera di consiglio Comunale n. 13 del 23/03/2020)

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

Cognome e nome  
Luogo di nascita  
Codice fiscale  
Residente  
Recapito telefonico  
Fax  
Data di nascita  
e-mail

**In qualità di rappresentante legale della Ditta**

Codice fiscale  
Partita IVA  
Sede legale

**con riferimento alla Struttura ricettiva denominata****avente la seguente tipologia e classificazione**

consapevole delle sanzioni penali previste agli artt. 75-76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, ai sensi del DPR n. 445/2000

**DICHIARA**

che nel mese sottoindicato (Barrare il mese di riferimento della dichiarazione)

gennaio 2021  febbraio 2021  marzo 2021  aprile 2021  maggio 2021  giugno 2021

luglio 2021  Agosto 2021  Settembre 2021  Ottobre 2021  Novembre 2021  Dicembre 2021

**Hanno pernottato presso la propria struttura:**

**TOTALE PERNOTTAMENTI DEL MESE:**

**DI CUI:**

**SOGGETTI AD IMPOSTA**

Mese d'imposta	N. Ospiti (A)	N. Pernottamenti/ Presenze Totali (B)	N. Notti soggette ad imposta. Il numero delle notti imponibili è dato dal numero dei pernottamenti per persona, fino ad un massimo di quattro pernottamenti a persona (C)	Imposta unitaria (D)	Importo totale (E=C x D)
<b>Totale</b>					

## **SOGGETTI ESENTI** (art. 5)

<b>Motivo di esenzione</b>	<b>Mese d'imposta</b>	<b>N. Ospiti</b>	<b>N. presenz e/ notti</b>	<b>N. attestazioni di esenzione (Mod. B)*</b>
Minori fino al compimento del quindicesimo anno di età, che soggiornano con i propri genitori o, comunque con un adulto e che non viaggiano quindi in gruppi scolastici e similari nell'ambito di gite didattiche e similari (lett. a) c. 1)				
Soggetti che assistono i degenti ricoverati presso strutture sanitarie del territorio comunale, anche in regime di <i>day hospital</i> , per un massimo di due accompagnatori per paziente (lett. b) c. 1)				
Pazienti che effettuano cure ospedaliere in regime di <i>day hospital</i> presso strutture sanitarie site nel territorio comunale , i soggetti che, a seguito di ricovero ospedaliero o presso altre strutture similari, proseguono le cure presso le predette strutture sanitarie e i relativi accompagnatori, fino a un massimo di due persone per paziente. Sono altresì esenti le donne in stato di gravidanza che necessitano di cure presso strutture ospedaliere del territorio comunale e/o presso altre strutture similari(lett. c) c. 1)				
Studenti iscritti alle Pubbliche e Private Paritarie che soggiornano nel Comune di Todi per motivi di studio e/o ricerca (lett. d) c. 1)				
Ospiti di strutture ricettive in esse collocati con Ordinanze o altri provvedimenti di protezione Civile emanate a seguito di calamità naturale o per finalità di soccorso umanitario ed i volontari che prestano servizio in occasione di dette calamità o finalità di soccorso umanitario (lett. e) c. 1)				
Gli autisti di pullman e gli accompagnatori turistici che prestano attività di assistenza a gruppi organizzati dalle agenzie di viaggio e turismo. L'esenzione si applica per ogni autista di pullman e per un accompagnatore turistico ogni 20 partecipanti.(lett. f) c. 1)				

## **ESCLUSIONI:**

### **1) SOGGETTI RESIDENTI NEL COMUNE DI TODI**

<b>Mese d'imposta</b>	<b>N. Ospiti</b>	<b>N. Pernottamenti/Presenze</b>
<b>Totali</b>		

### **2) SOGGETTI CHE SI SONO RIFIUTATI DI PAGARE**

<b>Mese d'imposta</b>	<b>N. Ospiti</b>	<b>N. Pernottamenti/Presenze</b>	<b>N. Dichiarazioni di Rifiuto (Mod C)*</b>
<b>Totali</b>			

**DICHIARA INOLTRE:**

- che l'importo incassato risulta pari ad €
- che tale importo è stato versato al Comune di Todi in data \_\_\_\_\_ tramite \_\_\_\_\_  
(di cui si allegano ricevute di versamento)
- che \_\_\_\_\_

**COMUNICA (ai soli fini conoscitivi):**

**IL NUMERO DEI SOGGETTI AD IMPOSTA DI SOGGIORNO PER GRUPPI ORGANIZZATI DA TOUR OPERATOR / AGENZIE DI VIAGGI**

Mese d'imposta	N. Ospiti	N. Pernottamenti/Presenze	Imposta unitaria	Importo totale
<b>Totali</b>				

**Allegati:**

- Copia del documento di identità del dichiarante
- copia dei versamenti effettuati relativamente ai mesi del trimestre interessato

*(\*) Le dichiarazioni Mod. C e Mod. D sono da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva.*

*I dati sono trattati nel rispetto della vigente normativa in materia di privacy.*

**Data**

**Firma**