

Dichiarazione trimestrale ai fini dell'Imposta di Soggiorno

(da presentare all'Ente entro 16 giorni dalla fine del trimestre di riferimento ai sensi dell'articolo 6 del Regolamento dell'Imposta di Soggiorno
Comune di Todi approvato con Delibera di Consiglio Comunale n. 71 del 26/10/2017)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome e nome		Data di nascita
Luogo di nascita		
Codice fiscale		
Residente		
Recapito telefonico	Fax	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 Trimestre sottoindicato (Barrare il Trimestre di riferimento)

1 Gennaio – 31 Marzo 1 Aprile – 30 Giugno 1 Luglio – 30 Settembre 1 Ottobre – 31 Dicembre

Hanno pernottato presso la propria struttura:**TOTALE PERNOTTAMENTI DEL TRIMESTRE:****DI CUI:****SOGGETTI AD IMPOSTA**

Mese d'imposta	N. Ospiti	N. Notti	Imposta unitaria	Importo totale
Totali				

SOGGETTI ESENTI (art. 5)

Motivo di esenzione	Mese d'imposta	N. Ospiti	N. notti	N. attestazioni di esenzione (Mod. 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 simili (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 (lett. c) c. 1)				
Studenti iscritti alle Università Pubbliche e Private Paritarie di Perugia (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)				

SOGGETTI CHE SI SONO RIFIUTATI DI PAGARE

Mese d'imposta	N. Ospiti	N. Notti	N. Dichiarazioni di Rifiuto (Mod C)*
Totali			

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. Notti	Imposta unitaria	Importo totale
Totali				

Allegati:

- Copia del documento di identità del dichiarante

() 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