

IMPOSTA DI SOGGIORNO
DICHIARAZIONE _____ PERIODO ANNO _____*(art.6, comma 1, del Regolamento sull'Imposta di Soggiorno del Comune di Abbadia San Salvatore approvato con delibera del Consiglio Comunale n.97 del 21/12/2017)*

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A _____

PROV. _____ IL ____ / ____ / ____ RESIDENTE _____

PROV. _____ VIA/PIAZZA _____

N. _____ CAP _____ TEL _____

E-MAIL _____

CODICE FISCALE :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

IN QUALITA' DI _____

CODICE FISCALE/ PARTITA IVA:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PARTITA IVA : _____

CON SEDE LEGALE _____

PROV. _____ VIA/PIAZZA _____ N. _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA RICETTIVA _____

UBICATA IN VIA/PIAZZA/LOCALITA' _____ N. _____

DICHIARACHE NEL _____ PERIODO DELL'ANNO _____ HA AVUTO PRESSO LA PROPRIA
STRUTTURA RICETTIVA:**OSPITI SOGGETTI AD IMPOSTA**

| Periodo | n° ospiti soggetti ad imposta | n° totale pernottamenti soggetti ad imposta | Tariffa (a persona al giorno) | Importo |
|-----------------------|-------------------------------|---|-------------------------------|----------------|
| Mese di | | | | € |
| Mese di | | | | € |
| Mese di | | | | € |
| TOTALE PERIODO | | | | € |

SOGGETTI ESENTI DALL'IMPOSTA (art. 5 comma 1 del Regolamento)

| | | |
|--|-----------|--|
| Minori di quindici anni di età | n° ospiti | n° pernottamenti che sarebbero stati soggetti ad imposta |
| | | |
| Malati, che debbono effettuare visite mediche, cure o terapie in <i>day hospital</i> presso strutture sanitarie | n° ospiti | n° pernottamenti che sarebbero stati soggetti ad imposta |
| | | |
| Coloro che assistono degenti ricoverati presso strutture sanitarie, in ragione di un accompagnatore per paziente. Nel caso di malati minori di diciotto anni sono esenti entrambi i genitori. Il paziente o l'accompagnatore dovrà dichiarare, apposito modulo predisposto dal Comune e fornito dal gestore della struttura ricettiva, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 e successive modificazioni, che il soggiorno presso la struttura ricettiva è finalizzato a ricevere prestazioni sanitarie da parte del paziente o a poter svolgere assistenza nei confronti del soggetto degente | n° ospiti | n° pernottamenti che sarebbero stati soggetti ad imposta |
| | | |
| Soggetti che alloggiano in strutture ricettive a seguito di provvedimenti adottati da autorità pubbliche, per fronteggiare situazioni di carattere sociale nonché di emergenze conseguenti ad eventi calamitosi o di natura straordinaria o per finalità di soccorso umanitario | n° ospiti | n° pernottamenti che sarebbero stati soggetti ad imposta |
| | | |
| Volontari che prestano servizio in occasione di calamità | n° ospiti | n° pernottamenti che sarebbero stati soggetti ad imposta |
| | | |
| Autisti di pullman e gli accompagnatori turistici che prestano attività di assistenza a gruppi organizzati dalle agenzie di viaggi e turismo. L'esenzione si applica per ogni autista di pullman e per un accompagnatore turistico ogni 25 partecipanti | n° ospiti | n° pernottamenti che sarebbero stati soggetti ad imposta |
| | | |
| il personale appartenente alla polizia di Stato e alle altre forze armate che svolge attività di ordine e sicurezza pubblica, come definita nel Testo Unico di Pubblica Sicurezza R.D. 18 giugno 1931, n. 773, ed al successivo Regolamento di esecuzione di cui al R.D. 6 maggio 1940, n. 635 | n° ospiti | n° pernottamenti che sarebbero stati soggetti ad imposta |
| | | |

SOGGETTI CHE HANNO GIA' CORRISPOSTO L' IMPOSTA DI SOGGIORNO (art. 5 comma 2 del Regolamento)

| Imposta è applicata fino ad un massimo di 30 (trenta) pernottamenti complessivi nell'anno solare. | n° ospiti | n° pernottamenti che sarebbero stati soggetti ad imposta |
|---|-----------|--|
| | | |

SOGGETTI CHE HANNO GIA' CORRISPOSTO L' IMPOSTA DI SOGGIORNO (art. 2 comma 2 del Regolamento)

| L'Impostata è corrisposta fino ad un massimo di 10 (dieci) pernottamenti consecutivi nell'anno solare purché effettuati nella medesima struttura ricettiva. | n° ospiti | n° pernottamenti che sarebbero stati soggetti ad imposta |
|---|-----------|--|
| | | |

SOGGETTI CHE RIFIUTANO DI VERSARE L' IMPOSTA DI SOGGIORNO (art. 6 comma 2 del Regolamento)

| Ospiti della struttura ricettiva che si rifiutano di corrispondere l'imposta di soggiorno | n° ospiti | n° pernottamenti che sarebbero stati soggetti ad imposta |
|---|-----------|--|
| | | |

CHE HA EFFETTUATO IL PAGAMENTO DI EURO _____ MEDIANTE:

- Versamento diretto presso la Tesoreria Comunale (Monte dei Paschi di Siena, Via Matteotti, Abbadia San Salvatore)

N° Quietanza _____ Data Versamento _____

NOTE _____

Il sottoscritto ha reso le suddette dichiarazioni, opzioni ed informazioni, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del DPR 445/2000. La presente attestazione è resa in base agli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 e successive modificazioni.

Informativa ex art. 13 D. Lgs. N. 196/2003 per il trattamento dei dati personali

In osservanza di quanto disposto dall'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, il Comune di Abbadia San Salvatore, in qualità di soggetto giuridico Titolare e Responsabile del trattamento dei dati personali, La informa che i dati da Lei forniti verranno trattati, anche con strumenti informatici, nei limiti della normativa per l'esclusiva finalità di cui al presente procedimento. Il gestore della struttura ricettiva ha l'obbligo di conservare per cinque anni tale dichiarazione, al fine di rendere possibili i controlli tributari da parte del Comune di Abbadia San Salvatore, che agisce quale titolare del trattamento dei dati in essa contenuti.

Nell'ambito del trattamento medesimo Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.

_____ Per Presa Visione _____
(luogo e data)

NOTE _____

Allegati: copia del documento d'identità del dichiarante in corso di validità

DATA _____

FIRMA _____