

## 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.