

**IMPOSTA DI SOGGIORNO
DICHIARAZIONE TRIMESTRALE PRESENZE**

MESI DI _____ - ANNO _____

(Regolamento per la disciplina dell'imposta di soggiorno nel comune di _____ approvato con DCC n° _____ del _____)

Sotto la mia personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, ai sensi degli articoli 46/47 del D.P.R. 445/2000 io sottoscritto/a

A - DATI ANAGRAFICI SOGGETTO DICHIARANTE			
Codice Fiscale:			
Cognome e Nome:			
Nato/a a	Prov.:	Data:	
Residenti in via/piazza		Civ./interno	Località/CAP
Telefono:	Fax:	Cellulare:	
E-mail:			

Dichiaro di sottoscrivere la presente dichiarazione in nome e per conto dell'impresa di seguito indicata:

B - DATI DELL'IMPRESA			
Partita IVA:			
Denominazione/Ragione sociale:			
Con sede in via/piazza:		Civ./interno	Località/CAP
Telefono:	Fax:	E-mail:	
PER LA STRUTTURA RICETTIVA DENOMINATA:			
Con sede in via/piazza:		Civ./interno	Località/CAP
Telefono:	Fax:	E-mail:	
Classificazione alberghiera		Tipologia extra-alberghiera	

DICHIARA

A) CHE NEL TRIMESTRE SOLARE (MESI DI _____, _____, _____) ANNO _____

HA OSPITATO PRESSO LA PROPRIA STRUTTURA RICETTIVA:

1. SOGGETTI AD IMPOSTA PER PERNOTTAMENTO FINO A 10 GIORNI CONSECUTIVI:

Periodo	N° ospiti soggetti ad imposta	N° pernottamenti per ciascun ospite soggetto ad imposta	Importi da versare
1° mese			
2° mese			
3° mese			
TOTALE (A)			
Per soggiorni a cavallo di 2 trimestri: 1) Riporto di pernottamenti del trimestre precedente, ma che vengono riscossi nel trimestre in corso (VEDI NOTA **) (B)			
Per soggiorni a cavallo di 2 trimestri: 2) Detrazione per pernottamenti attuali, ma che saranno riscossi nel trimestre successivo (VEDI NOTA **) (C)			
TOTALI DEL TRIMESTRE (A + B - C)			

2. SOGGETTI ESENTI DALL'IMPOSTA (art. 4 del Regolamento)

CASI D'ESENZIONE	MESE DI		MESE DI		MESE DI		TOTALE TRIMESTRE
	N° OSPITI	N° PERNOTTAMENTI	N° OSPITI	N° PERNOTTAMENTI	N° OSPITI	N° PERNOTTAMENTI	
A) portatori di handicap non autosufficienti con idonea certificazione media							
B) minori entro il 14° anno di età							
C) autisti di pullman e accompagnatori turistici che prestano attività di assistenza ai gruppi di almeno 20 persone							
D) appartenenti alle Forze dell'Ordine, Vigili del Fuoco e operatori della Protezione Civile che pernottano in occasione di eventi di particolare rilevanza per cui sono chiamati ad intervenire nella nostra città per esigenze di servizio							
E) Malati che effettuano terapie e chi assiste i degenti ricoverati o i malati che effettuano terapie presso strutture sanitarie site nel Comune in ragione di un accompagnatore se il paziente è maggiorenne e di due accompagnatori se il paziente è minore (subordinato alla presentazione al gestore della struttura ricettiva di apposita certificazione della struttura sanitaria, attestante le generalità del malato o del degente ed il periodo di riferimento delle prestazioni sanitarie o del ricovero) (VEDI NOTA **)							
F) Studenti che soggiorno in loco per frequentare gli studi							
TOTALI							

3. SOGGETTI CHE HANNO SOGGIORNATO NEI GIORNI PRECEDENTI IN ALTRE STRUTTURE, ASSOLVENDO AL PAGAMENTO DELL'IMPOSTA (allegare alla presente dichiarazione le singole attestazioni con i dati dei soggetti che non hanno versato l'imposta)

PERIODO	N° OSPITI	N° PERNOTTAMENTI
Mese di		
Mese di		
Mese di		
TOTALE TRIMESTRE		

4. SOGGETTI CHE SI RIIUTANO DI PAGARE L'IMPOSTA (allegare alla presente dichiarazione le singole attestazioni con i dati dei soggetti che non hanno versato l'imposta)

PERIODO	N° OSPITI	N° PERNOTTAMENTI
Mese di		
Mese di		
Mese di		
TOTALE TRIMESTRE		

DICHIARA INOLTRE

B) CHE A NOME DELLA STRUTTURA HA EFFETTUATO IL PAGAMENTO DI EURO _____ IN DATA _____ MEDIANTE BONIFICA BANCARIO PRESSO _____, INTESTATO AL COMUNE DI _____, CODICE IBAN: _____;

C) CHE HA EFFETTUATO COMPENSAZIONE di euro.....per imposta pagata in eccedenza nel mese di..... Si allega il modulo di richiesta rimborso/compensazione.

NOTE _____

ALLEGATI:

- 1) Copia Modulo B;
- 2) Copia Modulo C;
- 3) Copia Modulo D;

Data e luogo

Firma del gestore della struttura ricettiva

Note per la compilazione della presente dichiarazione

Nota * : per i soggiorni a cavallo di trimestre nella Tabella 1) **SOGGETTI AD IMPOSTA PER PERNOTTAMENTO FINO A 10 GIORNI CONSECUTIVI** compare la voce: "Riporto di pernottamenti del trimestre precedente, ma che vengono riscossi nel trimestre in corso" e "Detrazione per pernottamenti attuali, ma che saranno riscossi nel trimestre successivo".

Tali voci si riferiscono agli ospiti della struttura ricettiva che hanno iniziato il loro periodo di permanenza nel trimestre precedente che è terminato il trimestre successivo.

Esempio: inizio pernottamento a _____ dal 28 giugno 2018 – termine pernottamento 1 luglio 2018 (totale 4 pernottamenti). Dovranno essere dichiarati 3 giorni nel trimestre solare aprile/maggio/giugno in corrispondenza del mese di giugno e 1 giorno nel trimestre luglio/agosto/settembre in corrispondenza del mese di luglio. L'imposta sarà pagata dall'ospite alla fine del soggiorno, ossia nel mese di luglio 2018 ed il relativo versamento totale, da parte del gestore della struttura, verrà effettuato entro il 15 ottobre 2018. Nella dichiarazione del trimestre aprile/maggio/giugno i tre giorni di pernottamento del mese di giugno saranno indicati nella "Detrazioni pernottamenti che saranno riscossi nel trimestre successivo" con l'indicazione di un ospite soggetto ad imposta e tre pernottamenti soggetti ad imposta.

Nella dichiarazione del trimestre luglio/agosto/settembre i giorni di pernottamento del mese di giugno saranno indicati nella colonna "Riporto di pernottamenti del trimestre precedente, ma che vengono riscossi nel trimestre in corso", dove il numero degli ospiti è sempre uno ed i pernottamenti soggetti ad imposta sono tre. Mentre il pernottamento del mese di luglio sarà indicato correttamente nel trimestre di competenza.

Nota ** : l'esenzione è subordinata alla presentazione di apposita certificazione, compilata dall'ospite, in cui lo stesso dichiara che il soggiorno è finalizzato all'effettuazione di terapie sanitarie e/o degenza, oppure di assistenza sanitaria nei confronti di un soggetto che effettua terapie e/o che sia degente. Tale certificazione, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 deve essere inviata da parte del gestore della struttura (vedi Modulo B-Dichiarazione di esenzione).

Dove e come consegnare il presente Modulo A

La dichiarazione va compilata e consegnata entro 15 giorni dalla fine di ciascun trimestre solare (15 aprile – 15 luglio – 15 ottobre – 15 gennaio).

Poiché l'imposta decorre dal _____, dunque a trimestre iniziato, la prima dichiarazione dovrà essere presentata entro il _____.

La dichiarazione **firmata** può essere inviata al Servizio Tributi del Comune di _____ con le seguenti modalità:

- all'indirizzo di posta elettronica (PEC) : _____
- all'indirizzo di posta : _____;
- al numero di fax _____;
- tramite servizio postale con raccomandata A/R all'indirizzo: _____
- con consegna a mano negli orari di apertura al pubblico dell'Ufficio Tributi in _____

Il versamento dell'imposta al Comune dovrà avvenire entro la data di scadenza della presentazione della dichiarazione di ogni periodo.

Per eventuali ulteriori informazioni visitare il sito _____ oppure telefonare ai seguenti numeri di telefono _____.

MODULO B

(da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva ed allegare, in copia, al Modulo A)

IMPOSTA DI SOGGIORNO - DICHIARAZIONE PER ESENZIONE

(di cui all'articolo 4 del Regolamento Comunale dell'imposta di Soggiorno)

DA COMPILARSI A CURA DELL'OSPITE

Io sottoscritto

A - DATI ANAGRAFICI SOGGETTO DICHIARANTE			
Codice Fiscale:			
Cognome e Nome:			
Nato/a a	Prov.:	Data:	
Residenti in via/piazza		Civ./interno	Località/CAP

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, al fine di usufruire dell'esenzione del pagamento dell'imposta di soggiorno,

DICHIARA

di aver pernottato dal _____ al _____ presso la struttura ricettiva (indicare il nome):

per i seguenti motivi:

- ✓ portatori di handicap non autosufficienti con idonea certificazione media;
- ✓ autisti di pullman e accompagnatori turistici che prestano attività di assistenza ai gruppi di almeno 20 persone;
- ✓ appartenenti alle Forze dell'Ordine, Vigili del Fuoco e operatori della Protezione Civile che pernottano in occasione di eventi di particolare rilevanza per cui sono chiamati ad intervenire nella nostra città per esigenze di servizio;
- ✓ malati che effettuano terapie e chi assiste i degenti ricoverati o i malati che effettuano terapie presso strutture sanitarie site nel Comune in ragione di un accompagnatore se il paziente è maggiorenne e di due accompagnatori se il paziente è minore (subordinato alla presentazione al gestore della struttura ricettiva di apposita certificazione della struttura sanitaria, attestante le generalità del malato o del degente ed il periodo di riferimento delle prestazioni sanitarie o del ricovero);
- ✓ studenti che soggiorno in loco per frequentare gli studi.

Eventuali informazioni aggiuntive:

La presente attestazione è resa in base agli art. 46 e 47 del DPR n. 445 del 2000 e successive modificazioni.

Data

Firma dell'ospite

Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/03 consenti il trattamento e la diffusione dei dati personali con i mezzi e le modalità in uso presso il Comune, per le finalità proprie e conseguenti al procedimento o al servizio richiesto.

Data

Firma dell'ospite

Allegato: copia del documento di identità del dichiarante

DICHIARAZIONE DI OMESSO VERSAMENTO DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO

(dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà: art. 47 dpr 445/2000, a cura del gestore della struttura ricettiva)

Io sottoscritto

A - DATI ANAGRAFICI SOGGETTO DICHIARANTE			
Codice Fiscale:			
Cognome e Nome:			
Nato/a a	Prov.:	Data:	
Residenti in via/piazza		Civ./interno	Località/CAP
Telefono:	Fax:	Cellulare:	
E-mail:			

in qualità di legale rappresentate dell'impresa:

B - DATI DELL'IMPRESA		
Partita IVA:		
Denominazione/Ragione sociale:		
Con sede in via/piazza:	Civ./interno	Località/CAP
Telefono:	Fax:	E-mail:

con riferimento alla struttura ricettiva:

C - DATI STRUTTURA RICETTIVA		
Denominazione:		
Con sede in via/piazza:	Civ./interno	Località/CAP
Telefono:	Fax:	E-mail:
Classificazione alberghiera:	Tipologia extra-alberghiera:	

- consapevole che con DCC n. ____ del _____, il Comune di _____ ha introdotto, con proprio regolamento, a decorrere dal _____, l'Imposta di Soggiorno prevista dall'art. 4 del D.lgs n. 23/2011;
- consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000;

DICHIARA

(compilare la parte che interessa a seconda che si tratti di persone singole o gruppi)

Per le persone singole:

che il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____
 il _____ CF: _____ residente a _____
 (Prov. _____) in Via _____, che ha soggiornato presso questa
 struttura ricettiva dal giorno _____ al giorno _____, al termine del
 soggiorno, ha omesso la corresponsione dell'imposta di soggiorno e pertanto, in qualità di legale
 rappresentante della struttura ricettiva, non è nelle condizioni di versare il versamento di detta imposta al
 Comune di _____, per un ammontare pari ad € _____, calcolato sulla base della
 misura stabilita dal Comune;

COMUNE DI _____ (carta intestata)

MODULO D

(da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva e allegare in copia nel Modulo A)

DICHIARAZIONE PER CHI ABBA PERNOTTATO, CONSECUTIVAMENTE ANCHE IN ALTRE STRUTTURE, UBICATE NEL COMUNE DI _____

(DA COMPILARSI A CURA DELL'OSPITE DELLA STRUTTURA RICETTIVA. Si ricorda che l'imposta di soggiorno è dovuta per un massimo di 10 giorni consecutivi per ciascun ospite)

Io sottoscritto

A - DATI ANAGRAFICI SOGGETTO DICHIARANTE			
Codice Fiscale:			
Cognome e Nome:			
Nato/a a	Prov.:	Data:	
Residenti in via/piazza		Civ./interno	Località/CAP

- consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, al fine del computo dell'imposta di soggiorno,

DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, di aver già pernottato dal _____ al _____ presso la struttura ricettiva (indicare il nome): _____ sita in Via/Piazza, n° _____ per un totale di giorni _____;

Luogo e data

Firma dell'ospite

Dichiara altresì, di essere informato, ai sensi degli effetti di cui al D.lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Firma dell'ospite

Allegato: copia del documento di identità del dichiarante

DICHIARAZIONE DI OMESSO VERSAMENTO DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO
(DA COMPILARSI A CURA DELL'OSPITE DELLA STRUTTURA RICETTIVA)

Io sottoscritto

A - DATI ANAGRAFICI SOGGETTO DICHIARANTE			
Codice Fiscale:			
Cognome e Nome:			
Nato/a a	Prov.:	Data:	
Residenti in via/piazza		Civ./interno	Località/CAP

- consapevole che con DCC n. _____, il Comune di _____ ha introdotto a decorrere dal _____ l'imposta di soggiorno prevista dall'art. 4 del D.LGS n. 23/2011;
- consapevole che per l'omesso, ritardato o parziale versamento dell'imposta si applicano le sanzioni amministrative di cui all'articolo 9 del regolamento approvato con succitata deliberazione;

DICHIARA

- di aver pernottato dal _____ al _____ presso la struttura ricettiva (indicare il nome): _____ sita in Via/Piazza, n° _____;
- di essere stato informato dell'obbligo di corrispondere l'imposta di soggiorno da parte del gestore della struttura ricettiva sopra descritta;
- che ha ritenuto di non corrispondere l'imposta di soggiorno al gestore della struttura ricettiva per un importo di € _____, calcolato sulla base della misura stabilita dal Comune di _____;
- che l'omissione del versamento dell'imposta di soggiorno è dovuta per i seguenti motivi:
_____;

Dichiara altresì, di essere informato, ai sensi degli effetti di cui al D.lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Firma dell'ospite

Allegato: copia del documento di identità del dichiarante

CITTÀ DI _____ (carta intestata)

MODULO F

(da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva ed allegare, in copia, al Modulo A)

MODULO PER RICHIESTA RIMBORSO/COMPENSAZIONE IMPOSTA DI SOGGIORNO

Io sottoscritto

A - DATI ANAGRAFICI SOGGETTO DICHIARANTE			
Codice Fiscale:			
Cognome e Nome:			
Nato/a a		Prov.:	Data:
Residenti in via/piazza		Civ./interno	Località/CAP
Telefono:	Cellulare:	E-mail:	

in qualità di legale rappresentate dell'impresa:

B - DATI DELL'IMPRESA		
Partita IVA:		
Denominazione/Ragione sociale:		
Con sede in via/piazza:	Civ./interno	Località/CAP
Telefono:	Fax:	E-mail:

con riferimento alla struttura ricettiva:

C - DATI STRUTTURA RICETTIVA		
Denominazione:		
Con sede in via/piazza:	Civ./interno	Località/CAP
Telefono:	Fax:	E-mail:
Classificazione alberghiera:		Tipologia extra-alberghiera:

CONSIDERATO CHE

- ha effettuato il versamento a titolo di imposta di soggiorno di € _____ per il trimestre _____ in data _____;

- che il versamento è stato erroneamente effettuato (indicare le motivazioni)

- _____

CHIEDE

(barrare la casella interessata)

✓ di ottenere il rimborso della somma di € _____ mediante versamento sul conto corrente
intestato a _____ IBAN:

✓ di compensare la somma di € _____ con il versamento del primo trimestre utile, così
come previsto dal comma 2 dell'articolo 11 del regolamento comunale dell'imposta di soggiorno
approvato con DCC n. _____;

A tal fine, allega la documentazione necessaria:

- Documento d'identità;
- Copia versamenti effettuati al Comune;
- Copie di ricevute rilasciate agli ospiti nel periodo di riferimento;
- Eventuale dichiarazione trimestrale rettificativa relativa al periodo;

Luogo e data

Firma del gestore

CONTO DELLA GESTIONE DEL SUB-AGENTE CONTABILE

ENTE TITOLARE DELL'ENTRATA: COMUNE
ESERCIZIO:

MODULO G

GESTORE:

denominazione:
legale rappresentante:
indirizzo:
P.IVA/C.F.:

STRUTTURA:

denominazione e classificazione:

N. ORDINE	PERIODO E OGGETTO DELLA RISCOSSIONE	ESTREMI RISCOSSIONE		VERSAMENTO IN TESORERIA		NOTE
		RICEVUTA NN.	IMPORTO	QUIETANZA NN.	IMPORTO	
	GENNAIO					
	FEBBRAIO					
	MARZO					
	APRILE					
	MAGGIO					
	GIUGNO					
	LUGLIO					
	AGOSTO					
	SETTEMBRE					
	OTTOBRE					
	NOVEMBRE					
	DICEMBRE					
		TOTALE.....		TOTALE.....		

SUB AGENTE CONTABILE

Luogo e data

Il presente conto contiene n. registrazioni in n. pagine

compilazione a cura del Comune

VISTO DI REGOLARITA' li.....

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO FINANZIARIO

IMPOSTA DI SOGGIORNO - TARIFFE APPLICATE

TIPOLOGIA STRUTTURA	TARIFFA (per persona e per pernottamento)
Agriturismi	1,00
Alberghi, Villaggio albergo, Albergo diffuso Residenze turistiche alberghiere Campeggi, villaggi turistici 1 stella	1,50
Alberghi, Villaggio albergo, Albergo diffuso Residenze turistiche alberghiere Campeggi, villaggi turistici 2 stelle	1,50
Alberghi, Villaggio albergo, Albergo diffuso Residenze turistiche alberghiere Campeggi, villaggi turistici 3 stelle	1,50
Alberghi, Villaggio albergo, Albergo diffuso Residenze turistiche alberghiere Campeggi, villaggi turistici 4 stelle	2,00
Alberghi, Villaggio albergo, Albergo diffuso Residenze turistiche alberghiere Campeggi, villaggi turistici 5 stelle	2,00
Alloggi turistici, case per vacanze, unità abitative ammobiliate ad uso turistico, bed&breakfast (precedentemente denominati esercizi extralberghieri)	1,00
Locazioni turistiche	1,00
Campeggi	0,50
Sosta Camper	0,50