

MODULO A

**IMPOSTA DI SOGGIORNO
DICHIARAZIONE PRESENZE ANNO _____**

PERIODO DAL ___/___/_____ AL ___/___/_____

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 PERIODO DAL ___/___/___ AL ___/___/___ ANNO _____ HA OSPITATO PRESSO LA PROPRIA STRUTTURA RICETTIVA:

1. SOGGETTI AD IMPOSTA PER PERNOTTAMENTO FINO A 7 GIORNI CONSECUTIVI:

PERIODO DI RIFERIMENTO	PERNOTTAMENTI SOGGETTI AD IMPOSTA	TOTALE DOVUTO *

* Il numero di pernottamenti si calcola su base individuale: ad esempio, se 3 persone pernottano 2 notti il numero di pernottamenti soggetti a imposta da indicare in tabella è 6)

2. SOGGETTI ESENTI DALL'IMPOSTA - art. 5 del Regolamento (allegare alla presente dichiarazione le singole attestazioni con i dati dei soggetti MODELLO B)

CASI D'ESENZIONE		PERIODO 1/15	PERIODO 16/30	MESE	TOTALE
		N° PERNOTTAMENTI	N° PERNOTTAMENTI	N° PERNOTTAMENTI	
A)	minori fino al compimento del sedicesimo anno di età				
B)	malati che devono effettuare terapie presso strutture sanitarie del territorio ed eventuale/i accompagnatore/i				
C)	portatori di handicap non autosufficienti con idonea certificazione medica ed il/i loro accompagnatore/i				
D)	appartenenti alle forze dell'ordine e/o forze armate, statali e locali, nonché del corpo dei vigili del fuoco e della protezione civile che soggiornano per esclusive esigenze di servizio				
E)	soggetto che soggiorna a spese dell'Amministrazione comunale				
TOTALI					

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

PERIODO	N° OSPITI	N° PERNOTTAMENTI
DAL ___/___/___ AL ___/___/___		
DAL ___/___/___ AL ___/___/___		
MESE:		
TOTALE		

DICHIARA INOLTRE

A) CHE A NOME DELLA STRUTTURA HA EFFETTUATO IL VERSAMENTO DI EURO _____ IN DATA _____ MEDIANTE:

bollettino di c/c postale n. _____

Bonifico bancario _____

B) CHE HA EFFETTUATO **COMPENSAZIONE** di € _____ per imposta pagata in eccedenza nel periodo DAL ___/___/___ AL ___/___/___ ANNO _____ (Art. 13) – si allega richiesta

NOTE _____

Data e luogo

Firma del gestore della struttura ricettiva

Dove e come consegnare il presente Modulo A

La dichiarazione va compilata e consegnata entro la data di scadenza indicata nel Regolamento di C.C. n°11/2013 e successive modifiche

La dichiarazione **firmata** può essere inviata alla al Comune di Pizzo con le seguenti modalità:

- all'indirizzo di posta : protocollo.pizzo@asmepec.it
- tramite servizio postale con raccomandata A/R all'indirizzo: Ufficio Tributi - via M. Salomone – 89812 Pizzo;
- con consegna a mano negli orari di apertura al pubblico dell'Ufficio Protocollo - via M. Salomone – 89812 Pizzo;

Il versamento dell'imposta al Comune dovrà avvenire entro la data di scadenza indicate nel Regolamento.

Per eventuali ulteriori informazioni visitare il sito www.comune.pizzo.vv.it oppure telefonare al seguente numeri di telefono 0963 534289 – ufficio Tributi.