IMPOSTA DI SOGGIORNO – DICHIARAZIONE

# (Regolamento approvato con delibera di Consiglio Comunale n. 14 del 16/1/2012 e integrato con delibera C.C. n. 12 del 30/3/2018)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A ……………………………………………………………………………….. NATO/A A ……………………………………….

…………………….. IL ……………………………………, RESIDENTE A …………………………………………………… (PROV. DI )

VIA/PIAZZA ……………………………………………………………… CODICE FISCALE TEL

……………………………… FAX ……………………………… E MAIL …………………………………

IN QUALITA’ DI TITOLARE DELLA DITTA C.F./P.IVA

………………………………………… SEDE LEGALE …………………………………………………… INDIRIZZO

……………………………………………………………….

STRUTTURA ………………………………………………………………………………………………………………………………………

UBICAZIONE ………………………………………………………………………………………………………………………………………

CLASSIFICAZIONE ………………………………………………………………………

**DICHIARA**

CHE NEL PERIODO

**1° LUGLIO-31 OTTOBRE**

PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA HANNO SOGGIORNATO I SEGUENTI OSPITI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MESE** | **N. OSPITI**  **(totale ospiti di ogni mese)** | **N. NOTTI (totale notti di tutti gli ospiti)** | **TARIFFA** | **IMPORTO** |
| **LUGLIO** |  |  |  |  |
| **AGOSTO** |  |  |  |  |
| **SETTEMBRE** |  |  |  |  |
| **OTTOBRE** |  |  |  |  |
| **TOTALI** |  |  |  |  |
| **ESENZIONI** | **N. OSPITI** | **N. NOTTI** |  | |
| Minori di 18 e maggiori di 75 |  |  |
| Iscritti in anagrafe del Comune |
| Autisti ed accompagnatori |
| Ospiti istituzionali del Comune |
| Personale dipendente delle strutture |
| Portatori handicap e accompagnatore |
| Alloggiati per finalità pubbliche o di emergenza |
| **TOTALI** |  |  |

DATA …………… FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_