

**IMPOSTA DI SOGGIORNO – ANNO 202\_\_ DICHIARAZIONE TRIMESTRALE**

(Articolo 7 del Regolamento sull'imposta di soggiorno nel Comune di Montefalco)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....NATO/A A.....PROV.....IL.....

RESIDENTE A.....PROV.....VIA/PIAZZA.....

CAP.....TEL/CEL.....E-MAIL.....

CODICE FISCALE																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE DI .....

CODICE FISCALE																			
PARTITA IVA																			

SEDE LEGALE A.....PROV.....VIA/PIAZZA.....N.....

CLASSIFICAZIONE e TIPOLOGIA.....

**DICHIARA**

CHE NEL TRIMESTRE SOTTOINDICATO (\*)

1° GENNAIO – 31 MARZO

1° LUGLIO – 30 SETTEMBRE

1° APRILE – 30 GIUGNO

1° OTTOBRE – 31 DICEMBRE

(\*) barrare la casella che interessa

HANNO PERNOTTATO PRESSO LA PROPRIA STRUTTURA:

**SOGGETTI A IMPOSTA**

Mese d'imposta	N. Ospiti (A)*	N. Pernottamenti/ Presenze Totali (B)**	N. Notti soggette ad imposta. Il numero delle notti imponibili è dato dal numero dei pernottamenti per persona, fino ad un massimo di quattro pernottamenti a persona (C)***	Imposta unitaria (D)	Importo totale (E=CxD)
<b>Totali</b>					

\_\_\_\_\_

\* A = n. persone fisiche paganti

\*\* B = n. ospiti x n. notti totali di permanenza ad ospite

\*\*\* C = n. ospiti (A) x 4 notti soggette ad imposta

**SOGGETTI ESENTI (art. 5)**

Motivo di esenzione	Mese d'imposta	N. Ospiti	N. presenze/ notti	N. attestazioni di esenzione
Minori fino al compimento del dodicesimo anno di età, che soggiornano con i propri genitori o, comunque con un adulto e che non viaggiano quindi in gruppi scolastici e similari nell'ambito di gite didattiche e simili (lett. b) c. 1)				
Persone con disabilità regolarmente riconosciuta dalle commissioni mediche provinciali ai sensi dell'art. 4 L. n. 104/1992 e dell'art. 381 DPR 495/1992 e eventuale accompagnatore (lett. c) co. 1)				
Soggetti che assistono i degenti ricoverati presso strutture sanitarie del comprensorio della USL Umbria 2, anche in regime di <i>day hospital</i> , per un massimo di due accompagnatori per paziente (lett. d) c. 1)				
Pazienti che effettuano cure ospedaliere in regime di day hospital presso strutture sanitarie site nel comprensorio della USL Umbria 2 (lett. d) c. 1)				
Nuclei familiari o singoli destinatari di provvedimenti adottati da autorità pubbliche per fronteggiare situazioni di emergenza conseguenti a eventi calamitosi o per finalità di soccorso umanitario (lett. e) c. 1)				
Gli autisti di pullman e gli accompagnatori turistici che prestano attività di assistenza a gruppi organizzati dalle agenzie di viaggio e turismo. L'esenzione si applica per ogni autista di pullman e per un accompagnatore turistico ogni 25 partecipanti.(lett. f) c. 1)				
Personale dipendente della struttura ricettiva ove svolge attività lavorativa, esclusivamente e limitatamente a presenze saltuarie e occasionali (lett. g) c. 1)				

**ESCLUSIONI:****1) SOGGETTI RESIDENTI NEL COMUNE DI MONTEFALCO**

Mese d'imposta	N. Ospiti	N. Pernottamenti/Presenze
<b>Totali</b>		

**2) SOGGETTI CHE SI SONO RIFIUTATI DI PAGARE**

Mese d'imposta	N. Ospiti	N. Pernottamenti/Presenze	N. Dichiarazioni di Rifiuto
<b>Totali</b>			

**DICHIARA INOLTRE:**

- che l'importo incassato risulta pari ad € \_\_\_\_\_
- che tale importo è stato versato al Comune di Montefalco in data \_\_\_\_\_ tramite \_\_\_\_\_  
(di cui si allegano ricevute di versamento)

**COMUNICA (ai soli fini conoscitivi):**

**IL NUMERO DEI SOGGETTI AD IMPOSTA DI SOGGIORNO PER GRUPPI ORGANIZZATI DA TOUR OPERATOR / AGENZIE DI VIAGGI**

Mese d'imposta	N. Ospiti	N. Pernottamenti/Presenze	Imposta unitaria	Importo totale
<b>Totali</b>				

**Allegati:**

- Copia del documento di identità del dichiarante
- copia dei versamenti effettuati relativamente ai mesi del trimestre interessato

*I dati sono trattati nel rispetto della vigente normativa in materia di privacy.*

**Data**

**Timbro e Firma**