



CITTA' DI SARZANA

Provincia della Spezia

Al Comune di Sarzana

Servizio Entrate

MODELLO A 2

IMPOSTA DI SOGGIORNO – DICHIARAZIONE II° TRIMESTRE SOLARE

(Regolamento sull'imposta di soggiorno nella Città di Sarzana approvato con delibera del Consiglio Comunale n° 26 del 27 aprile 2012)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL ____/____/____

RESIDENTE A _____ PROV. _____ VIA/PIAZZA _____

N. _____ CAP _____ TEL _____ CELL _____

FAX _____ E-MAIL _____

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

IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE DI _____

CODICE FISCALE																			
PARTITA IVA																			

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

CON RIFERIMENTO ALLA STRUTTURA RICETTIVA _____

CONTRADDISTINTA CATASTALMENTE AL FOGLIO _____ PARTICELLA _____ SUBALTERNO _____

UBICATA IN _____ VIA/PIAZZA _____ N. _____

CLASSIFICAZIONE ALBERGHIERA _____ TIPOLOGIA EXTRA-ALBERGHIERA _____

DICHIARA

A) CHE NEL TRIMESTRE SOLARE APRILE/MAGGIO/GIUGNO ANNO 20__ HA AVUTO PRESSO LA PROPRIA STRUTTURA RICETTIVA:

SOGGETTI AD IMPOSTA

Periodo	n° ospiti soggetti ad imposta **	n° pernottamenti soggetti ad imposta **
1) Riporto trimestre precedente *		
2) Mese di APRILE		
3) Mese di MAGGIO		
4) Mese di GIUGNO		
5) Detrazione pernottamenti da riscuotere il mese successivo *		
TOTALE TRIMESTRE (1)+2)+3)+4)-5))		
Euro a notte		
Totale imposta dovuta EURO		



CITTA' DI SARZANA

Provincia della Spezia

--	--

SOGGETTI ESENTI DALL'IMPOSTA (art. 5 del Regolamento)

Minori entro il dodicesimo anno di età	Periodo	n° ospiti **	n° pernottamenti **
	Mese di APRILE		
	Mese di MAGGIO		
	Mese di GIUGNO		
	TOTALE TRIMESTRE		

Accompagnatore che assiste degente ricoverato presso struttura sanitaria	Periodo	n° ospiti **	n° pernottamenti **
	Mese di APRILE		
	Mese di MAGGIO		
	Mese di GIUGNO		
	TOTALE TRIMESTRE		

Genitori o accompagnatori che assistono ricoverati minorenni presso struttura sanitaria	Periodo	n° ospiti **	n° pernottamenti **
	Mese di APRILE		
	Mese di MAGGIO		
	Mese di GIUGNO		
	TOTALE TRIMESTRE		

Il personale dipendente della struttura ricettiva ove svolge l'attività lavorativa	Periodo	n° ospiti **	n° pernottamenti **
	Mese di APRILE		
	Mese di MAGGIO		
	Mese di GIUGNO		
	TOTALE TRIMESTRE		

I soggetti che alloggiano in strutture ricettive a seguito di provvedimenti adottati da autorità pubbliche per fronteggiare situazioni di emergenza conseguenti ad eventi calamitosi o di natura straordinaria e per finalità di soccorso umanitari	Periodo	n° ospiti **	n° pernottamenti **
	Mese di APRILE		
	Mese di MAGGIO		
	Mese di GIUGNO		
	TOTALE TRIMESTRE		

I portatori di handicap non autosufficienti, con idonea certificazione medica, più un accompagnatore	Periodo	n° ospiti **	n° pernottamenti **
	Mese di APRILE		
	Mese di MAGGIO		
	Mese di GIUGNO		
	TOTALE TRIMESTRE		

Gli appartenenti alle forze dell'ordine, ai vigili del fuoco e agli operatori della protezione civile che pernottano in occasione di eventi di particolare rilevanza	Periodo	n° ospiti **	n° pernottamenti **
	Mese di APRILE		
	Mese di MAGGIO		
	Mese di GIUGNO		



CITTA' DI SARZANA

Provincia della Spezia

per cui sono chiamati ad intervenire nella Città di Sarzana	TOTALE TRIMESTRE		
---	------------------	--	--

SOGGETTI CHE SI RIFIUTANO DI VERSARE L'IMPOSTA

Ospiti della struttura ricettiva che si rifiutano di corrispondere l'imposta di soggiorno	Periodo	n° ospiti **	n° pernottamenti **
	Mese di APRILE		
	Mese di MAGGIO		
	Mese di GIUGNO		
	TOTALE TRIMESTRE		

B) CHE HA EFFETTUATO IL PAGAMENTO DI EURO _____ IN DATA _____
_____ MEDIANTE:

- Bonifico Bancario: CRO n° _____
- Versamento diretto presso tesoreria: quietanza n° _____

NOTE _____

ALLEGATI:

Copia del documento di identità del dichiarante

DATA _____

FIRMA _____