



COMUNE DI LAMPORECCHIO
Piazza Berni, 1 – 51035 LAMPORECCHIO (PT)
C.F. 00300620473

SERVIZI FINANZIARI
UFFICIO TRIBUTI
Piazza Berni,1 – 51035 Lamporecchio (PT) - Tel. 0573/800626 - 800646 – 800631 – Fax 0573/81427
Posta certificata (PEC): comune.lamporecchio@postacert.toscana.it

AL COMUNE DI LAMPORECCHIO
UFFICIO TRIBUTI

IMPOSTA DI SOGGIORNO – DICHIARAZIONE 1° TRIMESTRE S OLARE

(Regolamento sull'imposta di soggiorno di Lamporecchio approvato con delibera del Consiglio Comunale n°24 del 22.05.2012)

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 GENNAIO/FEBBRAIO/MARZO ANNO 201..... 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 * | 0 | 0 |
| 2) Mese di GENNAIO – | | |
| 3) Mese di FEBBRAIO | | |
| 4) Mese di MARZO | | |
| 5) Detrazione pernottamenti da riscuotere il mese successivo * | | |
| TOTALE TRIMESTRE (1)+2)+3)+4)-5)) | | |
| Euro a notte *** | | |
| Totale imposta dovuta EURO | | |

| Ospiti con più di sette pernottamenti (art.2, comma 3 del Regolamento) | Periodo | n° ospiti ** | Tot. n° pernottamenti ** |
|--|-------------------------|--------------|--------------------------|
| | Mese di GENNAIO | | |
| | Mese di FEBBRAIO | | |
| | Mese di MARZO | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

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

| Residenti del Comune di Lamporecchio (art.3, comma 1 del Regolamento) | Periodo | n° ospiti ** | n° pernottamenti ** |
|--|------------------|--------------|---------------------|
| | Mese di GENNAIO | | |
| | Mese di FEBBRAIO | | |
| | Mese di MARZO | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

| Minori entro il dodicesimo anno di età (art.5, comma 1, lett. a) del Regolamento) | Periodo | n° ospiti ** | n° pernottamenti ** |
|--|------------------|--------------|---------------------|
| | Mese di GENNAIO | | |
| | Mese di FEBBRAIO | | |
| | Mese di MARZO | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

| Autisti di pullman e accompagnatori turistici (art.5, comma 1, lett. b) del Regolamento) | Periodo | n° ospiti ** | n° pernottamenti ** |
|---|------------------|--------------|---------------------|
| | Mese di GENNAIO | | |
| | Mese di FEBBRAIO | | |
| | Mese di MARZO | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

| Accompagnatore che assiste degente ricoverato presso struttura sanitaria (art.5, comma 1, lett. c) del Regolamento) | Periodo | n° ospiti ** | n° pernottamenti ** |
|--|------------------|--------------|---------------------|
| | Mese di GENNAIO | | |
| | Mese di FEBBRAIO | | |
| | Mese di MARZO | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

| Accompagnatore e portatori di Handicap non autosufficienti (art.5, comma 1, lett. d) del Regolamento) | Periodo | n° ospiti ** | n° pernottamenti ** |
|--|------------------|--------------|---------------------|
| | Mese di GENNAIO | | |
| | Mese di FEBBRAIO | | |
| | Mese di MARZO | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

| Componenti della P.A., delle Forze di Polizia ed enti equiparati presenti sul territorio comunale per esigenze di servizio (art.5, comma 1, lett. e) del Regolamento) | Periodo | n° ospiti ** | n° pernottamenti ** |
|--|------------------|--------------|---------------------|
| | Mese di GENNAIO | | |
| | Mese di FEBBRAIO | | |
| | Mese di MARZO | | |
| | 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 GENNAIO | | |
| | Mese di FEBBRAIO | | |
| | Mese di MARZO | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

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

- Bollettino di conto corrente postale o bonifico bancario n° 108514 _____
- Versamento diretto presso tesoreria: quietanza n° _____

NOTE _____

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA _____

FIRMA _____