**AL COMUNE DI TORGIANO**

 **Corso Vittorio Emanuele II 25**

 **06089 Torgiano (PG)**

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

# da presentare entro il 16° giorno dalla fine del trimestre

*(Articolo 7 del Regolamento sull’imposta di soggiorno nel Comune di Torgiano)*

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 AD 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 tre pernottamenti a persona****(C)\*\*\*** | **Imposta unitaria****(D)** | **Importo totale (E=C x D)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Totali** |  |  |  |  |  |

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

\* **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 eventualeaccompagnatore (lett. c) co. 1) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Soggetti che assistono i degenti ricoverati presso strutture sanitarie del comprensorio della USL Umbria 2, anche in regime di *day hospital,* per un massimo di dueaccompagnatori 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 TORGIANO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mese d'imposta** |  | **N. Ospiti** | **N. Pernottamenti/Presenze** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Totali** |  |  |

1. **SOGGETTI CHE SI SONO RIFIUTATI DI PAGARE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mese d'imposta** | **N. Ospiti** | **N.****Pernottamenti/Presenze** | **N. Dichiarazioni di Rifiuto** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Totali** |  |  |  |

**DICHIARA INOLTRE:**

□ che l'importo incassato risulta pari ad **€**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ che tale importo è stato versato al Comune di Torgiano 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** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Totali** |  |  |  |  |

**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**