



COMUNE DI LARCIANO *Medaglia d'Oro al Merito Civile*

AREA SERVIZI FINANZIARI
UFFICIO ECONOMATO

Piazza Vittorio Veneto n. 15 51036 Larciano (PT)
Posta certificata (PEC): comune.larciano@postacert.toscana.it

AL COMUNE DI LARCIANO
UFFICIO TRIBUTI

IMPOSTA DI SOGGIORNO – DICHIARAZIONE 1°TRIMESTRE SOLARE

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 _____ HA AVUTO PRESSO LA PROPRIA STRUTTURA RICETTIVA:

SOGGETTI AD IMPOSTA

| Periodo | n°ospiti soggetti ad imposta | n°pernottamenti soggetti ad imposta |
|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| 1) Mese di GENNAIO – | | |
| 2) Mese di FEBBRAIO | | |
| 3) Mese di MARZO | | |
| TOTALE TRIMESTRE (1)+2)+3) | | |
| Euro a notte | | |
| Totale imposta dovuta EURO | | |

| Ospiti con più di sette pernottamenti | Periodo | n°ospiti | Tot. n°pernottamenti |
|---------------------------------------|-------------------------|----------|----------------------|
| | Mese di GENNAIO | | |
| | Mese di FEBBRAIO | | |
| | Mese di MARZO | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

SOGGETTI ESENTI DALL'IMPOSTA

| Minori entro il dodicesimo anno di età | Periodo | n°ospiti | n°pernottamenti |
|--|------------------|----------|-----------------|
| | Mese di GENNAIO | | |
| | Mese di FEBBRAIO | | |
| | Mese di MARZO | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

| Autisti di pullman e accompagnatori turistici | Periodo | n°ospiti | n°pernottamenti |
|---|------------------|----------|-----------------|
| | Mese di GENNAIO | | |
| | Mese di FEBBRAIO | | |
| | Mese di MARZO | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

| Accompagnatore che assiste degente ricoverato presso struttura sanitaria | Periodo | n°ospiti | n°pernottamenti |
|--|------------------|----------|-----------------|
| | Mese di GENNAIO | | |
| | Mese di FEBBRAIO | | |
| | Mese di MARZO | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

| Accompagnatore e portatori di Handicap non autosufficienti | 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 | Periodo | n°ospiti | n°pernottamenti |
|--|------------------|----------|-----------------|
| | Mese di GENNAIO | | |
| | Mese di FEBBRAIO | | |
| | Mese di MARZO | | |
| | TOTALE TRIMESTRE | | |

| I soggetti che pernottano su invito dell'Amministrazione in occasione di iniziative ed eventi organizzati dallo stessa; | 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 _____

NOTE _____

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA _____

FIRMA _____