



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 II°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 APRILE/MAGGIO/GIUGNO 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 APRILE		
2) Mese di MAGGIO		
3) Mese di GIUGNO		
TOTALE TRIMESTRE (1)+2)+3)		
	Euro a notte	
Totale imposta dovuta EURO		

Ospiti con più di sette pernottamenti	Periodo	n°ospiti	Tot. n°pernottamenti (ECCEDENTI IL 7° GIORNO)
	Mese di APRILE		

	Mese di MAGGIO		
	Mese di GIUGNO		
	TOTALE TRIMESTRE		

SOGGETTI ESENTI DALL'IMPOSTA

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

Autisti di pullman e accompagnatori turistici	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		

Accompagnatore e portatori di Handicap non autosufficienti	Periodo	n°ospiti **	n°pernottamenti **
	Mese di APRILE		
	Mese di MAGGIO		
	Mese di GIUGNO		
	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 APRILE		
	Mese di MAGGIO		
	Mese di GIUGNO		
	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 APRILE		
	Mese di MAGGIO		
	Mese di GIUGNO		
	TOTALE TRIMESTRE		

CHE HA EFFETTUATO IL PAGAMENTO DI EURO _____ IN DATA _____

NOTE _____

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA _____

FIRMA _____