

MODULO 2° TRIMESTRE

AL COMUNE DI SAUZE D'OULX – SETTORE TRIBUTI –
Fax 0122/858920--- email: ufficio.tributi@comune.sauzedoulx.to.it

IMPOSTA DI SOGGIORNO – DICHIARAZIONE 2° TRIMESTRE SOLARE

(Regolamento sull'imposta di soggiorno nel Comune di Sauze d'Oulx approvato con delibera del Consiglio Comunale n°12 del 29.03.2012)

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 _____

UBICATA IN _____ VIA/PIAZZA _____ N. _____

CLASSIFICAZIONE ALBERGHIERA _____ TIPOLOGIA EXTRA-ALBERGHIERA _____

DICHIARA

A) CHE NEL MESE DI APRILE ANNO 2015 HA AVUTO PRESSO LA PROPRIA STRUTTURA RICETTIVA:

SOGGETTI AD IMPOSTA

Periodo	n° ospiti soggetti ad imposta	n° pernottamenti soggetti ad imposta
Riporto trimestre precedente *		
Mese di APRILE		
Detrazioni pernottamenti riscossi il mese successivo *		
TOTALE TRIMESTRE		
EURO A NOTTE ***		

Ospiti con più di DIECI pernottamenti <small>(art.4, comma 1 del Regolamento)</small>	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di APRILE		
	TOTALE TRIMESTRE		

SOGGETTI ESENTI DALL'IMPOSTA (art. 3 del Regolamento)

Minori entro il dodicesimo anno di età <small>(art.3, comma 1, lett. a) del Regolamento)</small>	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti

	Mese di DICEMBRE		
	TOTALE TRIMESTRE		

PERSONE CHE PRESTANO ATTIVITA' LAVORATIVA NELLE STRUTTURE RICETTIVE (art.3, comma 1, lett. b) del Regolamento)	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di APRILE		
	TOTALE TRIMESTRE		

Appartenenti alle Forze dell'ordine statale e locale per esigenze di servizio (art.3, comma 1, lett. c) del Regolamento)	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di APRILE		
	TOTALE TRIMESTRE		

Portatori di handicap non autosufficienti (art.3, comma 1, lett. d) del Regolamento)	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di APRILE		
	TOTALE TRIMESTRE		

Accompagnatore di portatore di handicap non autosufficiente (art.3, comma 1, lett. ___) del Regolamento)	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di APRILE		
	TOTALE TRIMESTRE		

Autisti di pullman e accompagnatori turistici per ogni gruppo di 50 persone (art.3, comma 1, lett. e) del Regolamento)	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di APRILE		
	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		
	TOTALE TRIMESTRE		

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

- Bollettino di conto corrente postale n° (codice numerico dopo la sigla VCY) _____
- Bonifico Bancario: CRO n° _____
- Versamento diretto presso tesoreria: quietanza n° _____

NOTE _____

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA _____

FIRMA _____