

**COMUNE DI ALLISTE**

Piazza Municipio n. 5 – 73040 Alliste (Le)

AL COMUNE DI ALLISTE – UFFICIO TRIBUTI –

**IMPOSTA DI SOGGIORNO – DICHIARAZIONE PER IL MESE DI \_\_\_\_\_***(Regolamento sull'imposta di soggiorno nella città di Alliste approvato con delibera del Consiglio Comunale n°16 del 22 aprile 2022)*

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 \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_ HA AVUTO PRESSO LA PROPRIA STRUTTURA RICETTIVA:

**SOGGETTI AD IMPOSTA**

MESE DI _____	QUANTITATIVI
(A) NUMERI DI OSPITI SOGGETTI AD IMPOSTA	
(B) NUMERI DI PERNOTTAMENTI SOGGETTI AD IMPOSTA	
(C) IMPOSTA DI SOGGIORNO DOVUTA PER NOTTE	<b>Euro</b>
<b>(D) TOTALE IMPOSTA DOVUTA (B x C)</b>	<b>Euro</b>
(E) NUMERO DI OSPITI CHE HANNO RIFIUTATO DI PAGARE L'IMPOSTA <sup>1</sup>	
(F) NUMERO DI PERNOTTAMENTI RIFIUTATI	
<b>(G) TOTALE IMPOSTA RIFIUTATA (F x C)</b>	<b>Euro</b>
<b>(I) TOTALE RIVERSATO AL COMUNE (D - G)</b>	<b>Euro</b>

<sup>1</sup> Allegare Modulo di Dichiarazione di Rifiuto (C,D)

Ospiti con più di sette pernottamenti (art.5, comma 3 del Regolamento)	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di _____		

**SOGGETTI ESENTI DALL'IMPOSTA (art. 4 del Regolamento)**

Minori entro il decimo anno di età (art.4, comma 2, lett. a) del Regolamento)	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di _____		

Coloro che prestano attività lavorativa presso la struttura ricettiva (art.4, comma 2, lett. b) del Regolamento)	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di _____		

Soggetti diversamente abili con invalidità non inferiore al 80% (art.4, comma 2, lett. c) del Regolamento)	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di _____		

Soggetti che assistono i degenti ricoverati presso strutture sanitarie del territorio, in ragione di un accompagnatore per paziente (art.4, comma 2, lett. d) del Regolamento)	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di _____		

Genitori, o accompagnatori, che assistono i minori di diciotto anni degenti ricoverati presso strutture sanitarie del territorio, per un massimo di due persone per paziente (art.4, comma 2, lett. e) del Regolamento)	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di _____		

Autisti di pullman ed accompagnatori turistici (art.4, comma 2, lett. f) del Regolamento)	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di _____		

Volontari che offrono il proprio servizio nel comune, in occasione di eventi e manifestazioni organizzate da una P.A. o per fronteggiare emergenze o calamità (art.4, comma 2, lett. g) del Regolamento)	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di _____		

Appartenenti delle forze di polizia, statali e locali, e del corpo nazionale dei vigili del fuoco che soggiornano per esigenze di servizio (art.4, comma 2, lett. h) del Regolamento)	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di _____		

Soggetti che alloggiano in strutture ricettive a seguito di provvedimenti adottati da autorità pubbliche, per fronteggiare situazioni di carattere sociale nonché di emergenza conseguenti a eventi calamitosi o di natura straordinaria o per finalità di soccorso umanitario (art.4, comma 2, lett. i) del Regolamento)	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di _____		

Soggetti accolti in seguito ad eventi bellici internazionali (art.4, comma 2, lett. j) del Regolamento)	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di _____		

**B) CHE HA EFFETTUATO IL PAGAMENTO DI EURO \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_ MEDIANTE:**

• Bollettino di conto corrente postale n° (codice numerico dopo la sigla VCY)\_\_\_\_\_

• Bonifico: CRO n°\_\_\_\_\_

Con causale: Imposta di soggiorno mese di \_\_\_\_\_

NOTE\_\_\_\_\_

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_

La dichiarazione con gli allegati moduli (A,B,C,D,E) deve essere inviata entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quello di riferimento, al Settore Tributi, con le seguenti modalità:

- 1) tramite servizio postale con raccomandata a/r all'indirizzo Ufficio Tributi, Comune di Alliste Piazza Municipio n. 5 – 73040 Alliste (Le)8;
- 2) con consegna a mano all'Ufficio Protocollo negli orari di apertura al pubblico: MARTEDI', MERCOLEDI', ORE 10.00/12.00 - GIOVEDI' ORE 15.30/17.30.
- 3) all'indirizzo di posta certificata (PEC): [protocollo.comune.alliste@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.comune.alliste@pec.rupar.puglia.it)