MODULO

COMUNE DI TROPEA

(Prov.di Vibo Valentia)

AREA – TRIBUTI

Tel./fax. N°0963-6041227-234-

AL COMUNE DI TROPEA
UFFICIO TRIBUTI
Largo Municipio, 89861 Tropea (VV)
Fax 0963-6041227 --- posta certificata(PEC): tributi.tropea@asmepec.it

IMPOSTA DI SOGGIORNO – DICHIARAZIONE MESE DI _____

(Regolamento sull'imposta di soggiorno nella città di Tropea approvato con delibera del Consiglio Comunale n°___ del _____)

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											

SEDE LEGALE A_____PROV._____ VIA/PIAZZA_____N. _____

CON RIFERIMENTO ALLA STRUTTURA RICETTIVA_____

UBICATA IN_____VIA/PIAZZA_____ N. _____

CLASSIFICAZIONE ALBERGHIERA_____ TIPOLOGIA EXTRA - ALBERGHIERA_____

ALTRO _____;

DICHIARA

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

SOGGETTI AD IMPOSTA

Periodo	n° ospiti soggetti ad imposta **	n° pernottamenti soggetti ad imposta **
Riporto Mese precedente *		
Mese di _____		
Detrazioni pernottamenti riscossi il mese successivo *		
TOTALE MESE DI _____		
Euro a notte ***		

Totale imposta dovuta Euro	[redacted]	

Ospiti con più di cinque pernottamenti	Periodo	n° ospiti **	n° pernottamenti **
	Mese di _____		

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

Minori entro il dodicesimo anno di età	Periodo	n° ospiti **	n° pernottamenti **
	Mese di _____		

Malati che devono effettuare terapie presso strutture sanitarie (art.4, comma 1, lett. d) del Regolamento)	Periodo	n° ospiti **	n° pernottamenti **
	Mese di _____		

Accompagnatore di malato che deve effettuare terapie	Periodo	n° ospiti **	n° pernottamenti **
	Mese di _____		

Accompagnatore che assiste degente ricoverato presso struttura sanitaria	Periodo	n° ospiti **	n° pernottamenti **
	Mese di _____		

Genitori o accompagnatori delegati che assistono ricoverati minorenni presso struttura sanitaria	Periodo	n° ospiti **	n° pernottamenti **
	Mese di _____		

Portatori di handicap non autosufficienti	Periodo	n° ospiti **	n° pernottamenti **
	Mese di _____		

Accompagnatore di portatore di handicap non autosufficiente	Periodo	n° ospiti **	n° pernottamenti **
	Mese di _____		

Appartenenti alle forze di Polizia statale e locale ed al Corpo dei Vigili del Fuoco per esigenze di servizio	Periodo	n° ospiti **	n° pernottamenti **
	Mese di _____		

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 _____		

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_____

Come compilare la lettera "A" della tabella "Soggetti ad imposta" della dichiarazione

* Nella tabella riepilogativa compare la voce **"Riporto mese precedente", "Detrazione pernottamenti riscossi il mese successivo".**

Si riferisce agli ospiti della struttura ricettiva che hanno iniziato il loro periodo di permanenza nel mese precedente che è terminato il mese successivo.

Esempio: inizio pernottamento al 29 settembre termine pernottamento 2 ottobre 2011 .

Dovranno essere dichiarati 2 giorni nel trimestre luglio/agosto/settembre in corrispondenza del mese di settembre e 2 giorni nel trimestre ottobre/novembre/dicembre in corrispondenza del mese di ottobre. L'imposta sarà pagata dall'ospite alla fine del soggiorno, ossia nel mese di ottobre 2011 ed il relativo versamento, da parte del gestore della struttura, verrà effettuato entro il 15 gennaio 2012.

Nella dichiarazione del terzo trimestre luglio/agosto/settembre i 2 giorni di pernottamento del mese di settembre verranno riportati nella colonna "detrazioni pernottamenti riscossi il mese successivo" n. ospiti soggetti ad imposta 1, n. pernottamenti soggetti ad imposta 2. Nella dichiarazione del quarto trimestre ottobre/novembre/dicembre i 2 giorni di pernottamento del mese di settembre verranno riportati nella colonna "riporto trimestre precedente" n. ospiti soggetti ad imposta 1, n. pernottamenti soggetti ad imposta 2.

** Il n° pernottamenti può non corrisponde al n° ospiti. Ad esempio un'ospite che soggiorna 2 notti va dichiarato come segue:

Periodo	n° ospiti soggetti ad imposta	n° pernottamenti soggetti ad imposta
Mese di …	1	2

*** La misura dell'imposta è stata stabilita con delibera _____

Strutture ricettive alberghiere	Imposta per persona e per ogni pernottamento
€. 0,50 per ogni stella	

Strutture ricettive extralberghiere	Imposta per persona e per ogni pernottamento fino ad un massimo di cinque consecutivi
Unità abitative ammobiliate ad uso turistico	€ 0,50
Attività ricettive a conduzione familiare – bed & breakfast	€ 1,00
Esercizi di affittacamere	€ 0,50
Case religiose di ospitalità	€ 0,50
Case per ferie	€ 0,50
Altre strutture ricettive extralberghiere - camping	€ 0,50

**** Nel caso degli ospiti con più di cinque pernottamenti la dichiarazione deve essere fatta nel seguente modo: indicare i primi cinque pernottamenti nel riquadro previsto per i "**soggetti ad imposta**" ed il totale dei pernottamenti nel riquadro relativo agli "**ospiti con più di cinque pernottamenti**".

Si riporta l'esempio di un ospite con 8 pernottamenti consecutivi:

Periodo	n° ospiti soggetti ad imposta	n° pernottamenti soggetti ad imposta
Mese di …	1	5

Ospiti con più di cinque pernottamenti	Periodo	n° ospiti	n° pernottamenti
	Mese di …….	1	8