

DICHIARAZIONE IMPOSTA DI SOGGIORNO

Al Comune di Albisola Superiore
Ufficio Tributi
Piazza della libertà 19

Il sottoscritto:

Nato a: _____ in data: _____

Residente a: _____ in via: _____

C.F.: _____

Tel.: _____ Mail: _____

In qualità di: _____

- proprietario
- legale rappresentante
- altro (specificare) _____

Della ditta (in caso di AAUT inserire i dati del proprietario/rappresentante)

C.F./P.I. _____

Sede legale: _____ Indirizzo: _____

Tel.: _____

Nome Struttura _____

Ubicazione: _____

Tipologia: _____

Dichiara:

Per l'anno _____

- Trimestre aprile/giugno
- Bimestre luglio/agosto
- Bimestre settembre/ottobre

Attività:

- Hotel (indicare numero stelle)
- Locazioni turistiche (AAUT)
- Campeggi/parchi vacanze/Villaggi turistici
- Locande, affittacamere, agriturismo, BB, residenze d'epoca
- Ostelli
- Case ed appartamenti per vacanze

	Numero Ospiti	Numero notti	Importo imposta	Importo totale
Soggetti ad imposta aprile				
Soggetti ad imposta aprile ridotta 30%				
Soggetti ad imposta aprile ridotta del 50%				
Soggetti ad imposta maggio				
Soggetti ad imposta maggio ridotta 30%				
Soggetti ad imposta maggio ridotta del 50%				
Soggetti ad imposta giugno				
Soggetti ad imposta giugno ridotta 30%				
Soggetti ad imposta giugno ridotta del 50%				
Soggetti ad imposta luglio				
Soggetti ad imposta luglio ridotta 30%				
Soggetti ad imposta luglio ridotta del 50%				
Soggetti ad imposta agosto				
Soggetti ad imposta agosto ridotta 30%				
Soggetti ad imposta agosto ridotta del 50%				
Soggetti ad imposta settembre				
Soggetti ad imposta settembre ridotta 30%				
Soggetti ad imposta settembre ridotta del 50%				
Soggetti ad imposta ottobre				
Soggetti ad imposta ottobre ridotta 30%				
Soggetti ad imposta ottobre ridotta del 50%				
TOTALE				

ESENZIONI

Tipologia	Numero Ospiti	Numero notti
Minori al di sotto dei 12 anni		
Lavoratori della struttura ricettiva		
Volontari in occasione di emergenze ambientali		
Iscritti in anagrafe dei residenti		
Ospiti su disposizione dell'Autorità pubblica		
Soggetti in terapia riabilitativa		
Soggetti che assistono degenti ricoverati		
Genitori che assistono degenti		
Autisti di pullman e accompagnatori		
Portatori di handicap non autosufficienti		
Polizia di Stato e altre forze armate in servizio		

Dichiara di aver effettuato il pagamento di Euro _____

in data _____ a mezzo _____

data _____ firma _____