



AL COMUNE DI CETRARO
Via Luigi De Seta, 1
87022 - Cetraro - (CS)

UFFICIO TRIBUTI
posta certificata (PEC): tributi.cetraro@asmepec.it

IMPOSTA DI SOGGIORNO DICHIARAZIONE TRIMESTRALE

(Resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)

(Regolamento per la disciplina dell'Imposta di soggiorno nel Comune di Cetraro (CS) - Approvato con Del. C. C. n° 03 del 06/03/2018)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/AA _____ PROV. _____
IL ___/___/___ RESIDENTE A _____ PROV. ___ VIA/PIAZZA _____
N. ___ CAP _____ TEL _____ CELL _____
E-MAIL _____ PEC _____
CODICE FISCALE _____ IN QUALITA' DI _____
DELLA STRUTTURA RICETTIVA DENOMINATA _____
CODICE FISCALE/PARTITA IVA _____
UBICATA IN _____ VIA/PIAZZA _____ N. _____
CLASSIFICAZIONE ALBERGHIERA _____ STELLE _____
TIPOLOGIA EXTRA-ALBERGHIERA _____

DICHIARA

CHE NEL TRIMESTRE _____ DELL'ANNO _____
(indicare mesi di riferimento)

HA AVUTO PRESSO LA PROPRIA STRUTTURA RICETTIVA I SEGUENTI OSPITI:

PERNOTTAMENTI SOGGETTI AD IMPOSTA

TARIFFA APPLICATA PER CIASCUNA PERSONA E PER CIASCUN PERNOTTAMENTO FINO AD UN MASSIMO DI N. 5 (CINQUE) PERNOTTAMENTI CONSECUTIVI.

MESE	NR. SOGGETTI AD IMPOSTA	NR. PERNOTTAMENTI	TARIFFA EURO	IMPORTO RISCOSSO EURO
	TOT.	TOT.		TOT.

PERNOTTAMENTI ESENTI DALL'IMPOSTA (art. 5 del Regolamento)

	NR. SOGGETTI ESENTI	NR. PERNOTTAMENTI
RESIDENTI NEL COMUNE DI CETRARO		
MINORI ENTRO IL DODICESIMO ANNO DI ETÀ;		
AUTISTI DI PULLMAN E GLI ACCOMPAGNATORI TURISTICI CHE PRESTANO ATTIVITÀ DI ASSISTENZA A GRUPPI ORGANIZZATI DALLE AGENZIE DI VIAGGIO E TURISMO. L'ESENZIONE SI APPLICA PEROGNI AUTISTA DI PULLMAN E PER UN ACCOMPAGNATORE TURISTICO PER OGNI 20 PARTECIPANTI		
MALATI CHE DEVONO EFFETTUARE TERAPIE PRESSO STRUTTURE SANITARIE CHE SI TROVANO NEL TERRITORIO COMUNALE ED UN EVENTUALE ACCOMPAGNATORE E COLORO CHE ASSISTONO DEGENTI RICOVERATI PRESSO STRUTTURE SANITARIE, ANCHE IN REGIME DI DAY HOSPITAL, IN RAGIONE DI DUE ACCOMPAGNATORI PER PAZIENTE. L'ESENZIONE È SUBORDINATA ALLA PRESENTAZIONE AL GESTORE DELLA STRUTTURA RICETTIVA DI APPOSITA CERTIFICAZIONE RILASCIATA DALLA STRUTTURA SANITARIA, ATTESTANTE LE GENERALITÀ DEL MALATO O DEL DEGENTE ED IL PERIODO DI RIFERIMENTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE O DEL RICOVERO. L'ACCOMPAGNATORE/DOVRÀ ALTRESI DICHIARARE, AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DEL D.P.R.N. 445/2000 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI, CHE "IL SOGGIORNO PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA È FINALIZZATO ALL'ASSISTENZA SANITARIA NEI CONFRONTI DEL SOGGETTO DEGENTE";		
STUDENTI CHE ALLOGGIANO IN STRUTTURE RICETTIVE IN OCCASIONI DI INIZIATIVE CULTURALI (ESCLUSE LE GITE SCOLASTICHE) O EVENTI ISTITUZIONALI ORGANIZZATI DAL COMUNE O DAGLI ISTITUTI SCOLASTICI LA CUI DIREZIONE HA SEDE SUL TERRITORIO COMUNALE;		
COLORO CHE PERNOTTANO PRESSO OSTELLI O STRUTTURE RICETTIVE DI PROPRIETÀ DELL'AMMINISTRAZIONE COMUNALE DI CETRARO		
PORTATORI DI HANDICAP NON AUTOSUFFICIENTI CON IDONEA CERTIFICAZIONE MEDICA ED IL LORO ACCOMPAGNATORE;		
APPARTENENTI ALLA FORZE DI POLIZIA STATALE, PROVINCIALE E LOCALE, NONCHÉ AL CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO, ALLA GUARDIA DI FINANZIA, ALL'ARMA DEI CARABINIERI CHE PERNOTTANO PER ESIGENZE DI SERVIZIO;		
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;		
VOLONTARI CHE PRESTANO SERVIZIO IN OCCASIONE DI CALAMITÀ		
PERSONALE DIPENDENTE DELLA GESTIONE DELLA STRUTTURA RICETTIVA OVE SVOLGE L'ATTIVITÀ LAVORATIVA;		

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

BONIFICO BANCARIO CODICE IBAN: IT36U0538780740000043073203

CHE HA EFFETTUATO LA COMPENSAZIONE IN DATA _____ DETRAENDO DALL'IMPORTO TOTALE DA VERSARE LA SOMMA DI EURO _____ VERSATA ERRONEAMENTE IN ECCEDEZZA NEL TRIMESTRE _____ IN DATA _____

PER I SEGUENTI MOTIVI _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

LUOGO E DATA _____ FIRMA DEL DICHIARANTE _____

ALLEGATI:

- COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DICHIARANTE IN CORSO DI VALIDITÀ.