



COMUNE DI CAMEROTA

IMPOSTA DI SOGGIORNO DENUNCIA PRESENZE MENSILI ANNO 20 ____

Il sottoscritto/La sottoscritta

Cognome

Nome

Luogo di nascita

Data di nascita

Codice Fiscale

Cap, luogo di residenza, provincia

Indirizzo, numero civico

Telefono

(se persona giuridica)

Nella sua qualità di legale rappresentante della Società

Ragione Sociale

Domicilio fiscale (CAP, Comune)

Indirizzo, numero civico

Codice Fiscale e n. Partita IVA

DENUNCIA

PER L'ATTIVITÀ CON DENOMINAZIONE _____

TIPO DI ESERCIZIO(*) _____ CAT.(**) _____

MESE DI RIFERIMENTO (barrare la casella)

- GENNAIO
- FEBBRAIO
- MARZO
- APRILE
- MAGGIO
- GIUGNO
- LUGLIO
- AGOSTO
- SETTEMBRE
- OTTOBRE
- NOVEMBRE
- DICEMBRE

OSPITI SOGGETTI AD IMPOSTA N° _____

PER UN IMPORTO PARI A € _____ DA VERSARE ENTRO IL 10 DEL MESE

SUCCESSIVO AL MESE DI IMPOSTA

Data

Firma

(*) **Tipo di esercizio** – es. albergo, affittacamere ecc.. (**) **Indicare la categoria alberghiera (stelle)**

SEGUE----->

DICHIARA

inoltre sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità, anche penali, in caso di false dichiarazioni, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R.28.12.2000 n. 445 (Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47, D.P.R. citato):

- per i soggetti esenti

Categoria di esenzione	N° ospiti	N° pernottamenti

- Per i soggetti che si rifiutano di versare l'imposta

N° ospiti che si rifiutano di versare l'imposta *	N° pernottamenti

***N.B.:** Nel caso di ospiti che rifiutano il versamento dell'imposta di soggiorno compilare il modulo apposito in allegato al regolamento in vigore per ciascun ospite

Data

Firma

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 30.06.2003, n. 196; i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.