*Mod. A – Dichiarazione trimestrale*

**AL COMUNE DI GUALDO CATTANEO**

Ufficio Tributi

**Dichiarazione trimestrale ai fini dell’Imposta di Soggiorno**

*(Da presentare all’Ente entro 16 giorni dal trimestre di riferimento ai sensi dell’art. 7 del Regolamento Comunale per l’applicazione dell’Imposta di Soggiorno Comune di Gualdo Cattaneo approvato con Delibera di Consiglio Comunale n. 5 del 11/04/2023)*

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In qualità di rappresentante legale della Ditta** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede Legale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**con riferimento alla struttura ricettiva denominata** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**avente la seguente tipologia e classificazione** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste agli artt. 76-76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, ai sensi del DPR 445/2000

**DICHIARA**

che nel Trimestre sotto indicato *(barrare il trimestre di riferimento)*

1 **1 Gennaio - 31 Marzo 1Aprile -30 Giugno 1 Luglio - 30 Settembre 1 Ottobre – 31 Dicembre**

**Hanno pernottato presso la nostra struttura:**

**TOTALE PERNOTTAMENTI DEL TRIMESTRE:**

**DI CUI**

**SOGGETTI AD IMPOSTA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mese d’imposta** | **N. ospiti****(A)** | **N. pernottamenti/presenze totali****(B)** | **N. notti soggette ad imposta. Il numero delle notti imponibili è dato dal numero dei pernottamenti per persona (C)**  | **Imposta unitaria****(D)** | **Importo totale****(E = C x D)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Totali** |  |  |  |  |  |

**SOGGETTI ESCLUSI***(art. 5)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Motivo di esenzione** | **Mese d’imposta** | **N. ospiti** | **N. presenze/notti** | **N. attestazione di esenzione (Mod. B)** |
| Minori fino al compimento del dodicesimo anno d’età *(lett. b) c.1)* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Persone con disabilità regolarmente riconosciuta dalle commissioni mediche provinciali ai sensi dell’art. 4, legge 104/1992 e dell’art. 381 del DPR 495/1992 e l’eventuale accompagnatore*(lett. c) c. 1)* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Pazienti in regime di day hospital presso strutture sanitarie ricadenti nel comprensorio della USL Umbria 2 nonché coloro che li assistono, fino ad un massimo di due accompagnatori, ovvero accompagnatori di degenti ricoverati presso le medesime strutture. (\*) *(lett. d) c. 1)* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Nuclei familiari o singoli destinatari di provvedimenti adottati da autorità pubbliche per fronteggiare situazioni di emergenza conseguenti a eventi calamitosi o per finalità di soccorso pubblico. *(lett. e) c. 1)* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Autisti di pullman e/o accompagnatori turistici che prestano attività di assistenza a gruppi organizzati delle agenzie di viaggio e turismo.(lett. f) c. 1) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Personale dipendente della gestione della struttura ricettiva ove svolge l’attività lavorativa, esclusivamente e limitatamente a presenze saltuarie e occasionali *(lett. g) c. 1)* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Residenti nel Comune di Gualdo Cattaneo*(lett. a) c. 1)* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| lavoratori dipendenti/agenti di commercio che soggiornano per motivi di lavoro *(lett. h)* ***DAL 2025*** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Personale appartenente alla Polizia di Stato e Locale, altre forze armate, Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco che soggiornano per esigenze di servizio *(lett. h)* **DAL 2025** |  |  |  |  |

*(\*) Per i pazienti l’esclusione è subordinata alla presentazione, al gestore, 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.*

**SOGGETTI CHE SI SONO RIFIUTATI DI PAGARE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mese d’imposta** | **n. ospiti** | **N. pernottamenti/presenze** | **N. dichiarazioni di rifiuti *(Mod. IS03)\*\**** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Totali**  |  |  |  |

**DICHIARA INOLTRE:**

 che l’importo incassato risulta pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 che tale importo è stato versato al Comune di Gualdo Cattaneo in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tramite \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (di cui si allega ricevuta di versamento)

 che \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMUNICA *(ai soli fini conoscitivi)*:**

**IL NUMERO DEI SOGGETTI AD IMPOSTA DI SOGGIORNO PER GRUPPI ORGANIZZATI DA TOUR OPERATOR/AGENZIE DI VIAGGI:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mese d’imposta** | **n. ospiti** | **N. pernottamenti/presenze** | **Imposta unitaria** | **Importo totale** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Totali** |  |  |  |  |

**Allegati:**

* copia del documento di identità del dichiarante
* copia dei versamenti effettuati relativamente ai mesi del trimestre interessato

***(\*\*)****Originali delle dichiarazioni Mod. IS03 sono da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva e copia da inviare all’Ufficio Tributi del Comune*

I dati sono trattati nel rispetto della vigente normativa in materia di privacy di cui al D.Lgs 196/2003 e s.m..

Data Firma