

All'Ufficio Tributi

Città di Castellammare del Golfo

IMPOSTA DI SOGGIORNO

DICHIARAZIONE MENSILE - MESE DI _____

(Regolamento sull'imposta di soggiorno delibera di Consiglio Comunale n. 57 del 29.05.2019)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____

il _____ residente a _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

Codice Fiscale _____ telefono _____ fax _____

e-mail _____

in qualità di TITOLARE/RAPPRESENTANTE LEGALE della ditta/società denominata _____

con sede a _____ prov. _____ in via/piazza _____ n. _____

CAP _____ P.I. _____ nonché di gestore della struttura ricettiva

denominata _____

ubicata in Via/Piazza _____ n. _____

TIPOLOGIA della STRUTTURA _____

CLASSIFICAZIONE della STRUTTURA _____

DICHIARA

- che, ai sensi del vigente regolamento comunale per l'applicazione dell'imposta di soggiorno, nel mese di _____ sono stati registrati i seguenti pernottamenti:

CATEGORIA	TARIFFA/TIPOLOGIA ESENZIONE			
pernottamenti ESENTI n. ____ notti	assistenza sanitaria	ESENTE	TOTALE	ESENTI
pernottamenti ESENTI n. ____ notti	minori anni ____	ESENTE	TOTALE	ESENTI
pernottamenti ESENTI n. ____ notti	genitori per assistenza minori	ESENTE	TOTALE	ESENTI
pernottamenti ESENTI n. ____ notti	_____ (altro)	ESENTE	TOTALE	ESENTI
pernottamenti non assoggettati n. ____ notti	_____ (altro)	ESENTE	TOTALE	ESENTI
pernottamenti NON INCASSATI n. ____ notti	Soggetti che hanno rifiutato di versare	NON incassato	TOTALE	NON incassato
Pernottamenti n. _____ notti X € . _____ a notte _____ TOTALE € . _____				
TOTALE DOVUTO € . _____				

- che in data _____, la somma sopra indicata è stata riversata secondo le disposizioni del vigente regolamento comunale per l'applicazione dell'imposta di soggiorno, **la cui ricevuta viene allegata alla presente.**

Modalità di versamento:

- **Bollettino di conto corrente postale N. 12538914 intestato al Comune di Castellammare del Golfo ;**
- **Pagamento diretto presso gli sportelli di tesoreria comunale**
- **Bonifico bancario :**

ABI: 05216

CREDITO VALTELLINESE

CAB: 81780

Dipendenza : Agenzia di Alcamo

Numero: 8004367

IBAN:

IT 72 D 05216 81780 000008004367

Data _____

FIRMA

La dichiarazione va presentata entro il decimo giorno del mese successivo a quello oggetto d'imposta

Allegati:

- copia del documento di identità del dichiarante.