

**IMPOSTA DI SOGGIORNO - I.D.S. – DICHIARAZIONE TRIMESTRALE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

IL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE DI \_\_\_\_\_

PARTITA IVA C.F.																			
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CON SEDE LEGALE IN \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CON RIFERIMENTO ALLA STRUTTURA RICETTIVA \_\_\_\_\_

UBICATA IN \_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CLASSE ALBERGHIERA \_\_\_\_\_ TIPOLOGIA EXTRA-ALBERGHIERA \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 6 del regolamento dell'Imposta di soggiorno del Comune di Medicina, approvato con deliberazione di Consiglio Comunale n. 35 del 25/03/2015

**DICHIARA**

1. Relativamente al trimestre \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_

di aver riscosso a titolo di imposta di soggiorno € \_\_\_\_\_, così determinata:

**\* TOTALE PERNOTTAMENTI**

Periodo	totale n.arrivi/ ospiti	*totale n. pernottamenti
Mese di		
Mese di		
Mese di		
Totale trimestre		

• **di cui SOGGETTI AD IMPOSTA**

Periodo	n.arrivi/ ospiti soggetti ad imposta	n. pernottamenti soggetti ad imposta	Numero di ricevute/quietanze/fatture rilasciate
Mese di			
Mese di			
Mese di			
Totale trimestre			

Periodo	Tariffa		n. pernottamenti soggetti ad imposta		Totale Imposta
Mese di		X		=	€
Mese di		X		=	€
Mese di		X		=	€
Totale trimestre					€

Periodo	Tariffa agevolata (gruppi organizzati con almeno 15 partecipanti)		n. pernottamenti soggetti ad imposta		Totale Imposta
Mese di		X		=	€
Mese di		X		=	€
Mese di		X		=	€
Totale trimestre					€

• **di cui SOGGETTI ESENTI DALL'IMPOSTA**

a) i minori fino al compimento del quattordicesimo anno di età;

Periodo	n.arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale n. pernottamenti
Mese di		
Mese di		
Mese di		
Totale trimestre		

b) i figli minorenni, dal secondo in poi, se soggiornano con i propri genitori, ferma restando l'esenzione di cui al precedente punto a);

Periodo	n.arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale n. pernottamenti
Mese di		
Mese di		
Mese di		
Totale trimestre		

c) e d) i soggetti che assistono i degenti ricoverati presso strutture sanitarie del territorio metropolitano, in ragione di un accompagnatore per paziente, nonché i soggetti che soggiornano nel territorio comunale per trattamento in day hospital eseguito in strutture sanitarie ubicate nei comuni nell'ambito dell'area metropolitana;

Periodo	n.arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale n. pernottamenti
Mese di		
Mese di		
Mese di		
Totale trimestre		

e) il personale appartenente alle forze o corpi armati statali, provinciali o locali, nonché del corpo nazionale dei vigili del fuoco e della protezione civile che soggiornano per esigenze di servizio;

Periodo	n.arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale n. pernottamenti
Mese di		
Mese di		
Mese di		
Totale trimestre		

f) ogni autista di pullman che soggiorna per esigenze di servizio;

Periodo	n.arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale n. pernottamenti
Mese di		
Mese di		
Mese di		
Totale trimestre		

g) un accompagnatore turistico che presta attività di assistenza a gruppi organizzati dalle agenzie di viaggi e turismo ogni quindici partecipanti (compreso l'accompagnatore turistico);

Periodo	n.arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale n. pernottamenti
Mese di		
Mese di		
Mese di		
Totale trimestre		

h) il personale dipendente del gestore della struttura ricettiva che ivi svolge attività lavorativa;

Periodo	n.arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale n. pernottamenti
Mese di		
Mese di		
Mese di		
Totale trimestre		

i) il soggetto che presta volontariato per emergenze dettate da eventi/calamità naturali;

Periodo	n.arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale n. pernottamenti
Mese di		
Mese di		
Mese di		
Totale trimestre		

j) i soggetti con invalidità non inferiore al 74%;

Periodo	n.arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale n. pernottamenti
Mese di		
Mese di		
Mese di		
Totale trimestre		

l) gli eventuali accompagnatori di soggetti invalidi a cui viene anche corrisposto l'assegno di accompagnamento dall'Inps e dall'Inail, in ragione di un accompagnatore per soggetto;

Periodo	n.arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale n. pernottamenti
Mese di		
Mese di		
Mese di		
Totale trimestre		

m) i soggetti in carico ai servizi sociali e sanitari con certificazione del servizio interessato, nonché i cittadini stranieri richiedenti protezione internazionale, arrivati a seguito di flussi non programmati e rientranti in piani straordinari nazionali di accoglienza;

Periodo	n.arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale n. pernottamenti
Mese di		
Mese di		
Mese di		
Totale trimestre		

n) i soggetti appartenenti a squadre sportive aventi sede nei comuni del Nuovo Circondario Imolese ospitate per ragioni di ritiro sportivo

Periodo	n.arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale n. pernottamenti
Mese di		
Mese di		
Mese di		
Totale trimestre		

• **di cui RIFIUTI DI PAGAMENTO**

Ospiti della struttura ricettiva che NON hanno corrisposto l'imposta di soggiorno	Periodo	n.arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale n. pernottamenti
	Mese di		
	Mese di		
	Mese di		
	Totale trimestre		

Nominativi e codici fiscali dei soggetti ospiti che NON hanno corrisposto l'imposta di soggiorno	

2. di aver provveduto ad effettuare il versamento di € \_\_\_\_\_ a favore del Comune di Medicina in data \_\_\_\_\_ tramite \_\_\_\_\_ estremi \_\_\_\_\_;

3. di aver effettuato la COMPENSAZIONE \*\* in data odierna detraendo dall'importo totale di cui al punto 2.

l'importo di € \_\_\_\_\_ versato erroneamente in eccedenza nel trimestre di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ per i seguenti motivi (indicare i motivi di errato versamento): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. di essere consapevole che le irregolarità riscontrate in sede di omessa, incompleta o infedele dichiarazione e/o omesso, ritardato o parziale versamento, saranno sanzionate ai sensi dell'art.9 commi 2 e.3 del regolamento comunale.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI per la compilazione e l'invio della DICHIARAZIONE TRIMESTRALE**

La DICHIARAZIONE, corredata del documento di identità del dichiarante e/o richiedente, deve essere trasmessa trimestralmente entro le seguenti scadenze:

15 aprile – 15 luglio – 15 ottobre – 15 gennaio

e con una delle seguenti modalità:

► e-mail [entrate@comune.medicina.bo.it](mailto:entrate@comune.medicina.bo.it)

► PEC [comune.medicina@cert.provincia.bo.it](mailto:comune.medicina@cert.provincia.bo.it)

► Fax 051 6979222

► racc. a.r. o consegna a mani all' Ufficio Tributi Associato sede di Medicina Via Libertà 103 : lunedì-mercoledì-giovedì -venerdì-sabato 8,15-12,00 ; martedì 15,00-17,45.

\* Per TOTALE PERNOTTAMENTI si intendono TUTTI I PERNOTTAMENTI dei soggetti ospiti nella struttura durante il trimestre, di cui successivamente si andranno a specificare i pernottamenti soggetti ad imposta (fino a 5 consecutivi) e quelli esenti rientranti nelle tipologie dalla a) alla l) – ai sensi dell'art 5 del regolamento comunale. In caso di gestione di più strutture ricettive da parte dello stesso gestore, quest'ultimo dovrà provvedere ad eseguire versamenti e dichiarazioni distinti per ogni struttura. E' fatto obbligo al gestore di conservare tutta la documentazione relativa all'imposta di soggiorno per almeno 5 anni dalla data del documento.

\*\* Qualora l'importo da compensare sia superiore o uguale a € 1.000,00 , la compensazione deve essere autorizzata e concordata preventivamente con l'ufficio Tributi Associato.