(da conservare a cura del gestore della struttura ricettiva)

Nuovo Circondario Imolese

Ufficio Tributi Associato
Sede Operativa Area Ovest

Comune di Medicina

DICHIARAZIONE DI OMESSO VERSAMENTO DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO

(DA COMPILARE A CURA DEL GESTORE DELLA STRUTTURA RICETTIVA)

(Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà: art. 47 D.P.R. 445/2000)

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_____

Consapevole che con Delibera di C.C. n. 35 del 25/03/2015, il Comune di Medicina, a decorrere dal 01/06/2015, l'imposta di soggiorno prevista dall'art.4 del D.Lgs. n.23/2011;

Consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76 del DPR 445/2000;

DICHIARA

CHE IL SIG./SIG.RA_____

- HA SOGGIORNATO PRESSO QUESTA STRUTTURA RICETTIVA DAL _____ AL _____
- AL TERMINE DEL SOGGIORNO, HA OMESSO DI CORRISPONDERE L'IMPOSTA DI SOGGIORNO E, PERTANTO, IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA STRUTTURA RICETTIVA, NON E' NELLE CONDIZIONI DI EFFETTUARE IL VERSAMENTO DI DETTA IMPOSTA AL COMUNE DI MEDICINA PARI AD € 0.50, CALCOLATO SULLA BASE DELLA MISURA STABILITA CON DELIBERA DI GIUNTA COMUNALE N. 40 DEL 13/04/2015;
- HA RIFIUTATO, ALLA MIA PRESENZA, DI RILASCIARE A QUESTA STRUTTURA RICETTIVA LA PREVISTA DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DEL VERSAMENTO DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO PER IL PERIODO INTERESSATO.

Dichiara inoltre di essere informato ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento di cui alla presente dichiarazione.

LUOGO E DATA _____ FIRMA _____

N.B. : ai sensi dell'art. 6 del Regolamento dell'Imposta di Soggiorno del Comune di Medicina, approvato con delibera di C.C. n.35 del 25/03/2015, è fatto obbligo al gestore di conservare tutta la documentazione per almeno 5 anni dalla data del documento e di metterla a disposizione in qualunque momento su richiesta dell'Ufficio Tributi Associato.