



IMPOSTA DI SOGGIORNO

DICHIARAZIONE PER L'ANNO 20__

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 _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 PARTITA IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEDE LEGALE A _____ PROV. _____ VIA/PIAZZA _____ N. _____

CON RIFERIMENTO ALLA STRUTTURA RICETTIVA _____

UBICATA IN _____ VIA/PIAZZA _____ N. _____

CLASSIFICAZIONE ALBERGHIERA _____ TIPOLOGIA EXTRA-ALBERGHIERA _____

DICHIARA

CHE PER L'ANNO _____ HA AVUTO PRESSO LA PROPRIA STRUTTURA RICETTIVA:

SOGGETTI AD IMPOSTA

N. dei soggiornanti	N. Pernottamenti	Imposta versata

SOGGETTI ESENTI DALL'IMPOSTA

	N. dei soggiornanti	N. Pernottamenti
Minori entro il dodicesimo anno di età		
Residenti del Comune di Campiglia Marittima		
Famigliari di soggetti ricoverati in strutture ospedaliere.		
Dipendenti delle strutture ricettive		
Operatori di emergenze o calamità		
Partecipanti a gite scolastiche		
Portatori di handicap non autosufficienti e il loro accompagnatore		

DATA _____

FIRMA _____