

## **MODULO C**



### **IMPOSTA DI SOGGIORNO – DICHIARAZIONE TRIMESTRALE**

*(Regolamento sull'imposta di soggiorno approvato con delibera del Consiglio Comunale n. 3 del 17/01/2012)*

**AL COMUNE DI SESTO FIORENTINO  
SERVIZIO ENTRATE  
Via Barducci, 2  
50019 SESTO FIORENTINO (FI)**

Il sottoscritto..... nato a .....  
il...../...../..... residente a ..... Prov..... Cap.....  
Via/Piazza..... Tel..... Fax.....  
e-mail ..... codice fiscale.....  
in qualità di legale rappresentante della società.....  
codice fiscale/partita Iva ..... con sede legale in.....  
con riferimento alla struttura ricettiva.....  
ubicata .....  
classificazione alberghiera..... tipologia extralberghiera .....

#### **DICHIARA**

- che nel TRIMESTRE ..... anno.....ha avuto  
presso la propria struttura ricettiva

n. ospiti soggetti ad imposta	n. pernottamenti soggetti ad imposta	Euro a notte	Totale imposta dovuta

- che gli ospiti residenti nel Comune di Sesto Fiorentino, non soggetti ad imposta, sono stati n. ....con pernottamenti n. ....

#### **Informazioni sui pernottamenti esenti imposta**

- che gli ospiti che hanno pernottato per un periodo maggiore di 10 notti consecutive sono stati n. ....con un totale pernottamenti n. ....;
- che i minori di anni 12 sono stati n. .... con pernottamenti n. ....;
- che gli autisti di pullman sono stati n. .... con pernottamenti n. ....;
- che gli accompagnatori sono stati n. .... con pernottamenti n. .... (l'esenzione si applica per un accompagnatore/autista ogni venti turisti);
- che gli ospiti della P.A. sono stati n. .... con pernottamenti n. ....\*;
- che i componenti delle Forze di Polizia od enti equiparati sono stati n. ....con pernottamenti n. ....\*;
- gli studenti dell'Università degli Studi di Firenze, le cui strutture abbiano sede nei Comuni della Provincia di Firenze, sono stati n. .... con pernottamenti n. ....;
- i malati e coloro che assistono degenti ricoverati presso strutture sanitarie pubbliche della ASL 10 di Firenze o strutture private con essa convenzionate, anche per trattamento in day hospital (in ragione di

un accompagnatore per paziente ) sono stati n. .... con pernottamenti n. ....  
\*\*;

-coloro che assistono degenti minori di anni diciotto ricoverati presso strutture sanitarie pubbliche della ASL 10 di Firenze o strutture private con essa convenzionate, anche per trattamento in day hospital (in ragione di due accompagnatori per paziente ) sono stati n. .... con pernottamenti n. ....  
\*\*;

-i soggetti che hanno pernottato nella struttura a seguito di provvedimenti adottati da autorità pubbliche, per fronteggiare situazioni di emergenza conseguenti a eventi calamitosi o di natura straordinaria o per finalità di soccorso umanitario sono stati n. .... con pernottamenti n. ....;

- i soggetti che hanno pernottato per motivi di lavoro, normalmente interrotto nel fine settimana e per le festività sono stati n. .... con pernottamenti n° .....  
\*\*\*;

- che ha effettuato il pagamento di euro..... in data..... mediante:

- sul c/c postale n. 164509 intestato al Comune di Sesto Fiorentino – Imposta di Soggiorno IBAN: IT15S0760102800000000164509;
- versamento diretto presso Tesoreria Comunale – Banca CRF Via D. Alighieri, 38 – Sesto Fiorentino;
- bonifico sul c/c bancario intestato a Comune di Sesto Fiorentino con le seguenti coordinate IBAN: IT83R0616038100000000139C01;

- che ha effettuato compensazione di euro..... per imposta pagata in eccedenza nel mese di .....

data.....

firma.....

#### Note

Allegati: copia del documento di identità del dichiarante

\*Il pernottamento deve avvenire per esigenze di servizio;

\*\*Ai sensi dell'articolo 3 del Regolamento Comunale l'applicazione dell'esenzione è subordinata al rilascio al gestore della struttura ricettiva, da parte dell'interessato, di un'attestazione, resa in base alle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni, contenente le generalità degli accompagnatori/genitori e dei pazienti, nonché il periodo di riferimento delle prestazioni sanitarie o del ricovero. L'accompagnatore dovrà altresì dichiarare che il soggiorno presso la struttura ricettiva è finalizzato all'assistenza sanitaria nei confronti del paziente.

\*\*\*Ai sensi dell'art. 3 comma 5 del Regolamento Comunale l'applicazione dell'esenzione e ai fini di quanto stabilito all'art. 1 comma 2 (superamento delle dieci notte oltre le quali non si paga l'imposta) si calcola come somma delle notti delle settimane lavorative, a condizione che: a) ognuna delle settimane lavorative preveda almeno 4 pernottamenti dal lunedì notte al giovedì notte compreso, salvo le festività dal 1 al 6 gennaio, Pasqua, lunedì dell'angelo, 25 aprile, 1 maggio, 2 giugno, 15 agosto, 1 novembre, 8 dicembre, 25 e 26 dicembre; b) le settimane siano consecutive, senza soluzione di continuità