

Prot. n. _____ del _____

Al Comune di Trappeto
Ufficio tributi
Piazza Falcone e Borsellino
pec: comunetrappeto@pec.it
e-mail: tributi@comune.trappeto.pa.it

IMPOSTA DI SOGGIORNO – DICHIARAZIONE PRESENZE

“Regolamento sull’imposta di soggiorno approvato con delibera del Consiglio Comunale n. 47/2022”

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il ____ / ____ / ____

Codice fiscale _____

RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA STRUTTURA RICETTIVA DENOMINATA

DICHIARA

che nel mese di _____

ha avuto presso la propria struttura ricettiva la seguente situazione delle presenze, così come si evince dalla tabella di seguito riportata:

N. pernottamenti Soggetti a imposta	Imposta a notte	Totale imposta
n. _____ persone x n. _____ pernottamenti	_____	_____
n. _____ persone x n. _____ pernottamenti	_____	_____
n. _____ persone x n. _____ pernottamenti	_____	_____
n. _____ persone x n. _____ pernottamenti	_____	_____
Esenti: n. _____		
	Totale	€ _____

Si allega copia del versamento effettuato.

Trappeto, lì _____

FIRMA _____

QUESTIONARIO IMPOSTA DI SOGGIORNO

Aggiornamento dati strutture ricettive

Dati dichiarante:

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

Residente in _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

In qualità di _____ Titolare / Legale Rappresentante

e.mail _____ PEC _____

Tel _____ Documento d'identità n° _____ scadenza _____

rilasciato da _____

Attiva dal _____ ubicata in Via _____ n. _____

Dati Catastali Foglio _____ Particella _____ Sub _____ Categoria _____

Codice Identificativo Regionale (CIR) _____

CIN _____

DICHIARA

(segnare la tipologia della struttura)

Quanto contenuto nei seguenti quadri:

N.B: In caso di variazioni in attività già esistenti, riportare di seguito i dati corrispondenti alla nuova situazione

2.1 – Tipologia della struttura ricettiva

<input type="checkbox"/>	Aziende ricettive alberghiere	<input type="checkbox"/> Alberghi	<input type="checkbox"/> Alberghi ordinari
			<input type="checkbox"/> Villaggio Albergo
			<input type="checkbox"/> Albergo Diffuso
			<input type="checkbox"/> Motel
		<input type="checkbox"/> Alberghi residenziali	
<input type="checkbox"/>	Aziende ricettive all'aria aperta	<input type="checkbox"/> Villaggi turistici	
		<input type="checkbox"/> Campeggi	
<input type="checkbox"/>	Aziende ricettive extra alberghiere	<input type="checkbox"/> Case per ferie	
		<input type="checkbox"/> Ostelli per la gioventù	
		<input type="checkbox"/> Affittacamere	<input type="checkbox"/> Affittacamere ordinario

<input type="checkbox"/>	Locanda		
<input type="checkbox"/>	Case e appartamenti per vacanze / Bed and breakfast		
<input type="checkbox"/>	Turismo rurale		
<input type="checkbox"/>	Residence	<input type="checkbox"/>	Residence ordinario
		<input type="checkbox"/>	Villaggio

2.2 – Capacità ricettiva della struttura

Capacità complessiva della struttura ricettiva:

Per aziende ricettive alberghiere, case per ferie, ostelli per la gioventù, affittacamere, turismo rurale, bed and breakfast

N.B: Per strutture articolate in più stabili, riportare di seguito i dati del primo stabile ed utilizzare l'allegato F5 per ogni ulteriore dipendenza, riportando le specifiche nella riga seguente. Per i bed and breakfast compilare la sezione "Dettaglio Camere"

Numero totale stabili:	N° progressivo dello stabile:	Capacità ricettiva del singolo stabile:
------------------------	-------------------------------	---

DETTAGLIO CAMERE

Numero complessivo delle camere:	Di cui n° con servizi igienici in camera
----------------------------------	--

N° servizi igienici comuni:	Numero complessivo servizi igienici:
-----------------------------	--------------------------------------

<input type="checkbox"/> Camere singole n°	<input type="checkbox"/> Camere doppie n°	<input type="checkbox"/> Camere triple n°
--	---	---

<input type="checkbox"/> Camere quadruple n°	<input type="checkbox"/> Camere quintuple n°	<input type="checkbox"/> Altre camere n°
--	--	--

Dettaglio ulteriori camere (*posti letto e numero*):

Vani soggiorno annessi alle camere n°

Descrizione arredamento delle camere:

Descrizione composizione dei servizi igienici:

DETTAGLIO UNITA' ABITATIVE

Numero complessivo delle unità abitative:	Di cui n° con cucina e posto cottura
---	--------------------------------------

Di cui n° con servizi igienici privati	N° servizi igienici comuni:
--	-----------------------------

N° complessivo servizi igienici:

Dettaglio capacità delle singole unità abitative (*posti letto e numero*):

ALTRO – Ai sensi dell'art. 6 del vigente Regolamento si allega il Mod. 21 di cui al DPR 194/1996 da compilare e consegnare entro il termine di giorni 15 negativo

N.B. Si prega allegare copia di un documento d'identità in corso di validità

Timbro e firma leggibile