

Al Comune di Bentivoglio
Ufficio Tributi
40010 – Bentivoglio (Bo)
Mail: tributi@comune.bentivoglio.bo.it
Pec: comune.bentivoglio@pec.renogalliera.it

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 _____

COD.FISCALE/ P.IVA																				
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CON SEDE LEGALE IN _____ PROV. _____ VIA/PIAZZA _____ N. _____

CON RIFERIMENTO ALLA STRUTTURA RICETTIVA _____

UBICATA IN BENTIVOGLIO VIA/PIAZZA _____ N. _____

CLASSE ALBERGHIERA _____ TIPOLOGIA EXTRA-ALBERGHIERA _____

ai sensi dell'art. 6 del regolamento dell'Imposta di soggiorno del Comune di Bentivoglio, approvato con deliberazione di Consiglio Comunale n. 54 del 17/12/2019 e ss.mm.

DICHIARA

1. Relativamente al trimestre _____ dell'anno _____ di aver riscosso a titolo di imposta di soggiorno la somma di € _____, 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	nr. arrivi/ ospiti soggetti ad imposta	nr. pernottamenti soggetti a imposta	nr. quietanze/fatture/ ricevute emesse
Mese di:			
Mese di:			
Mese di:			
Totale trimestre			

Periodo	tariffa		nr.pernottamenti soggetti a imposta		totale imposta dovuta
Mese di:		X		=	€
Mese di:		X		=	€
Mese di:		X		=	€
Totale trimestre					

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

	Periodo	n. arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale nr. pernottamenti
a) i soggetti che debbono effettuare visite mediche, cure o terapie in Day Hospital presso strutture sanitarie, nonché coloro che assistono degenti ricoverati presso strutture sanitarie, in ragione di 2 accompagnatori per paziente, limitatamente ai pernottamenti ricadenti nel periodo di ricovero o di terapia, ivi compreso il pernottamento immediatamente antecedente il ricovero o la terapia (con certificazione).	Mese di:		
	Mese di:		
	Mese di:		
	Totale trimestre		

	Periodo	n.arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale nr.pernottamenti
b) i soggetti che alloggiano in strutture ricettive a seguito di provvedimenti adottati da autorità pubbliche nell'ambito della propria attività istituzionale, per fronteggiare situazioni di carattere sociale e di emergenza conseguenti ad eventi calamitosi o per finalità di soccorso umanitario.	Mese di:		
	Mese di:		
	Mese di:		
	Totale trimestre		

	Periodo	n.arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale nr.pernottamenti
c) 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 (con certificazione)	Mese di:		
	Mese di:		
	Mese di:		
	Totale trimestre		

	Periodo	n.arrivi/ ospiti NON soggetti ad imposta	totale nr.pernottamenti
d) i minori fino al compimento del quattordicesimo anno di età	Mese di:		
	Mese di:		
	Mese di:		
	Totale trimestre		

di cui SOGGETTI CHE HANNO RIFIUTATO DI EFFETTUARE IL 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	

1. di aver provveduto ad effettuare il versamento di € _____ a favore del Comune di BENTIVOGLIO in data _____ tramite _____ estremi: _____
_____;
2. di aver effettuato la COMPENSAZIONE ** in data odierna detraendo dall'importo totale di cui al punto 1. l'importo di € _____ versato erroneamente in eccedenza nel trimestre di _____ in data _____ per i seguenti motivi (indicare i motivi di errato versamento): _____.

3. 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.

Eventuali Allegati (elencare):

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 entro 30 giorni dalla chiusura di ciascun trimestre: (01 gennaio-31 marzo>> entro 30 aprile; 01 aprile-30 giugno >> entro 30 luglio; 01 luglio-30 settembre >> entro 30 ottobre; 01 ottobre - 31 dicembre >> entro 30 gennaio anno successivo), con una delle seguenti modalità:

▶ e-mail tributi@comune.bentivoglio.bo.it

▶ PEC comune.bentivoglio@pec.renogalliera.it

▶ racc. a/r. o consegna a mani all' Ufficio Tributi – Piazza dei Martiri per la Libertà n.2 – 40010 Bentivoglio (Bo)